



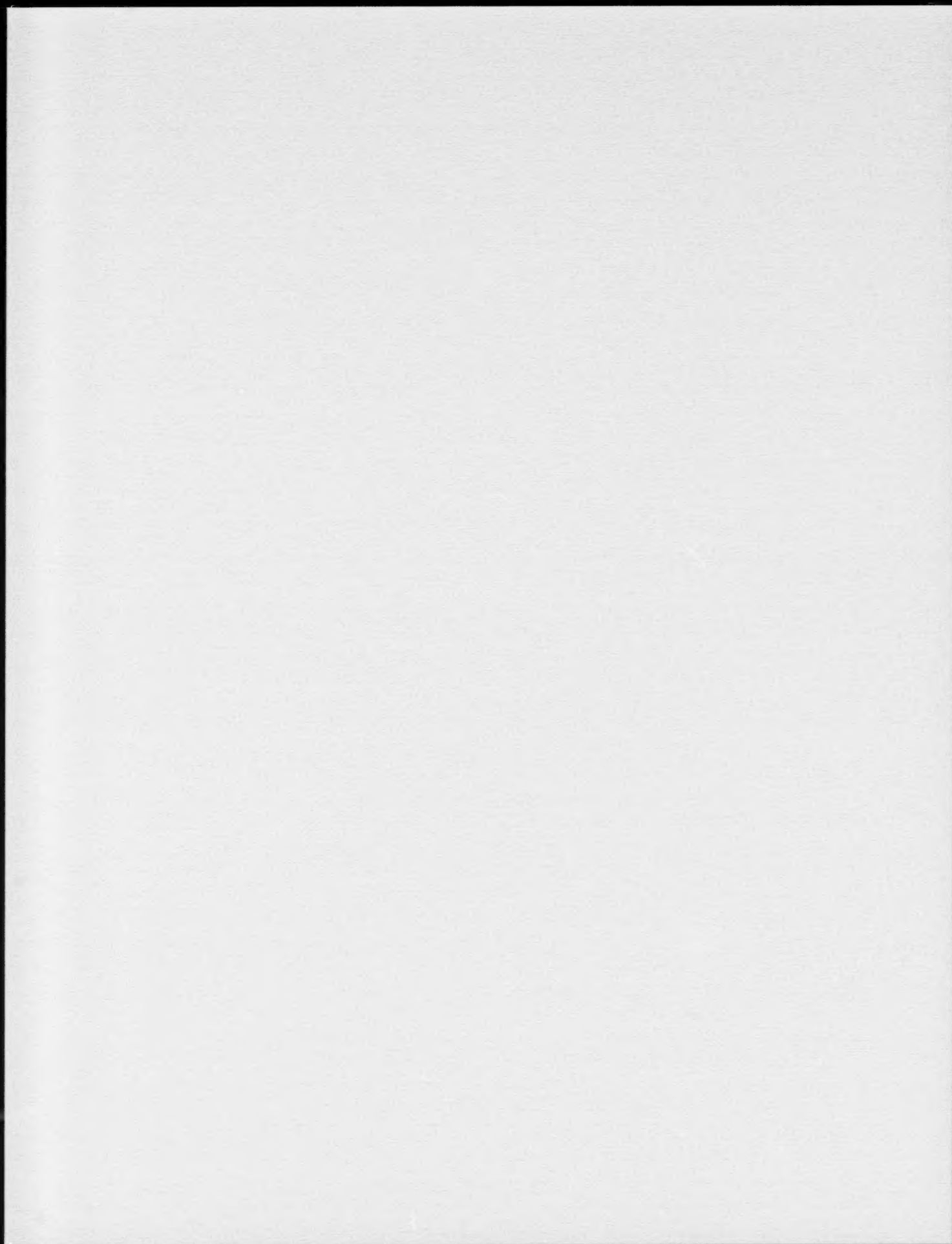
UNIS
dans TOUS les
SENS

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013-2014

pour S'ALIMENTER
pour S'ÉPAULER
pour VOIR LOIN
pour TENDRE L'OREILLE
pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 



RAPPORT

ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Adopté par le conseil d'administration le 24 septembre 2014

Résolution : CAA-2014-22

Conception

Pop grenade

Coordination et adaptation des textes

Christiane Lemaire

Contribution

Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat

Odile Raiche
Isabelle Houde

Dépôt légal – 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN version imprimée : **978-2-89340-309-0**

ISBN version PDF : **978-2-89340-310-6**

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.


Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence

WWW.AGENCESSO4.QC.CA

RÉSOLUTION

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec 

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

90^e séance (extraordinaire) du conseil d'administration
Mercredi 24 septembre 2014 – 16 h – Conférence téléphonique

Article de l'ordre du jour : CAA-90-02

RÉSOLUTION CAA-2014-22

Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence

CONSIDÉRANT les articles 340, 385.7 et 391 de la LSSSS exigeant que les agences déposent, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport de gestion portant sur l'année se terminant le 31 mars précédent et précisant les éléments devant figurer dans ce rapport;

CONSIDÉRANT l'analyse du *Rapport annuel de gestion 2013-2014* de l'Agence par un auditeur externe;

CONSIDÉRANT la présentation du *Rapport annuel de gestion 2013-2014* lors de la présente séance et son examen par les membres du conseil d'administration de l'Agence;

SUR PROPOSITION D'UMENT APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

1. d'adopter le *Rapport annuel de gestion 2013-2014* de l'Agence;
2. de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration de l'Agence un rapport de suivi de gestion unique suivant le dépôt du *Rapport annuel de gestion 2013-2014* à l'Assemblée nationale.

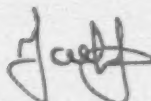
ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Copie certifiée conforme

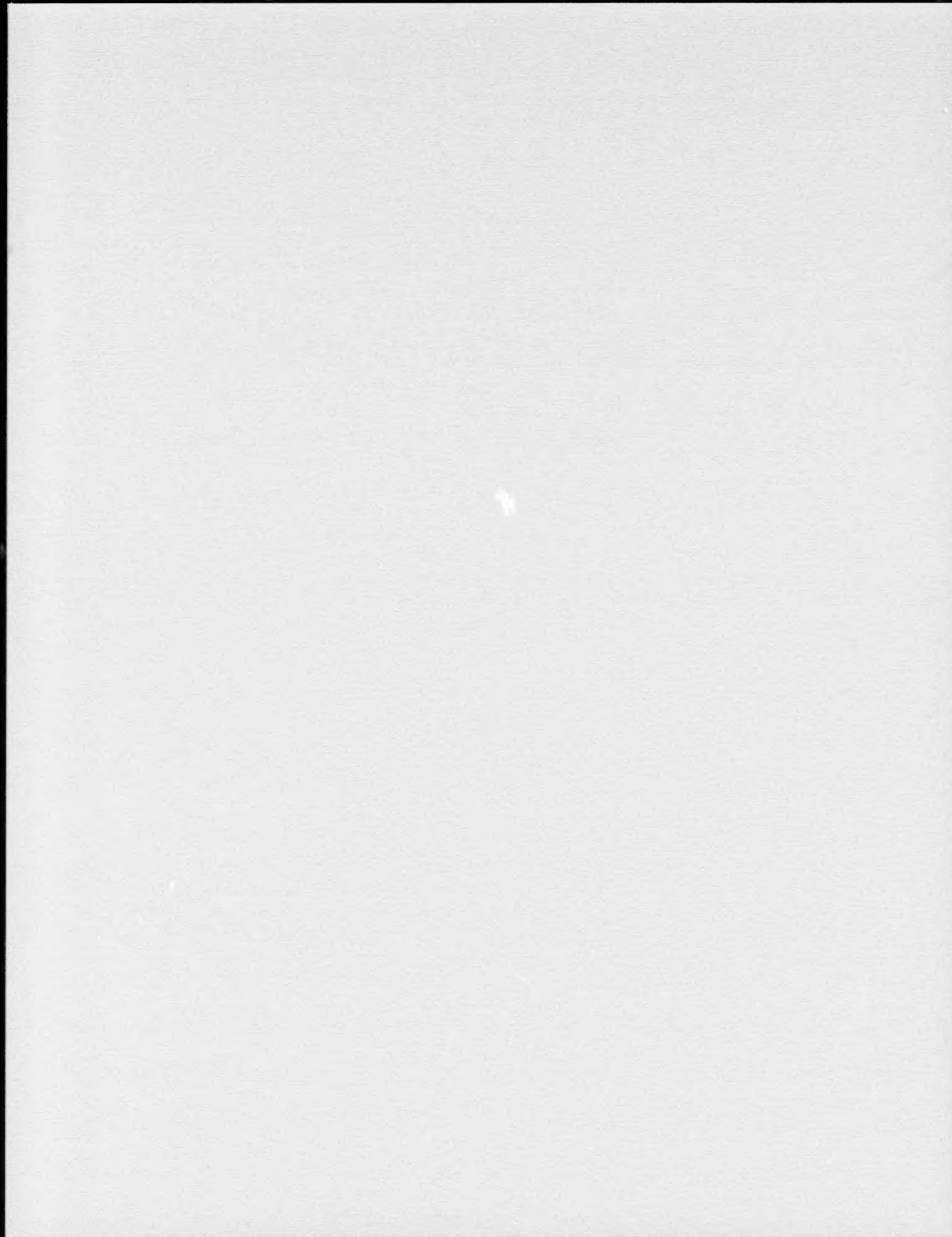
SCEAU OFFICIEL AGENCE

Fait à Trois-Rivières
Le 25 septembre 2014

Le secrétaire du conseil d'administration,



Gaétan Lamy
Président-directeur général



INTRODUCTION

Chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit informer la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et rendre compte à l'Assemblée nationale du degré d'atteinte des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le rapport annuel de gestion vise ainsi à présenter l'information relative à l'atteinte des résultats quant à l'accessibilité aux services, à la qualité des services et à l'ajustement aux transformations.

Le lecteur retrouvera donc dans ce document :

- un portrait du territoire et du réseau régional de la santé et des services sociaux;
- une présentation des résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard de certaines responsabilités portées par l'Agence;
- une description des résultats obtenus en 2013-2014 relativement aux dossiers prioritaires de l'Agence et du réseau régional, suivant les objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2015;
- une synthèse des états financiers de l'Agence, un état de l'évolution de la situation financière du réseau et de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires;
- la reddition de comptes relative à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence et le MSSS en 2013-2014.

En somme, le rapport annuel de gestion de l'Agence vise à répondre aux exigences des articles 340, 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant les informations requises par la Loi ou par le ministre.



TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES ACRONYMES</i>	9
<i>MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</i>	11
<i>DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS</i>	13
 SECTION 1 : PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE	 15
<i>LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC</i>	15
Le territoire et la population de la région	15
Les caractéristiques socioéconomiques	16
Les habitudes de vie et les facteurs de risque	17
Les problèmes de santé	17
Les problèmes de santé mentale	18
L'espérance de vie et la mortalité	18
Le réseau régional de la santé et des services sociaux	20
 <i>L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC</i>	 26
La mission	26
L'organisation	26
Le conseil d'administration	30
Les instances consultatives au conseil d'administration	34
Les instances consultatives à la Présidence-direction générale	37
La qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux	40
Les services préhospitaliers d'urgence	44
La santé publique	45
La coordination intersectorielle	49
Les mécanismes d'information et de consultation de la population	51
La stratégie régionale d'amélioration continue	52
 SECTION 2 : PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2013-2015 : ÉTAT D'AVANCEMENT	 53
 <i>1^{er} ENJEU : ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE</i>	 53
Responsabilité populationnelle	53
 <i>2^e ENJEU : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET HIÉRARCHISATION DES SERVICES</i>	 54
Accès aux services médicaux de première ligne	54
Accès aux services diagnostiques et médicaux spécialisés	56
Intégration de la promotion-prévention dans le continuum de services	57
Harmonisation, hiérarchisation et intégration des services	57

<i>3^e ENJEU : QUALITÉ ET EFFICIENCE DES SERVICES À LA POPULATION</i>	62
Intégration et circulation d'information clinique et de gestion	62
Gestion des risques	63
Évaluation de la performance du réseau	64
<i>4^e ENJEU : GESTION RENOUVELÉE DES RESSOURCES HUMAINES</i>	64
Planification de la main-d'œuvre	64
 <i>SECTION 3 : LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES</i>	 67
<i>LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES</i>	67
La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires	67
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires	70
Les données financières des organismes communautaires	71
<i>LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU</i>	81
Le bilan d'application de la Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette	81
Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements	82
Les données financières des établissements	84
<i>LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE</i>	85
Le rapport de la direction	85
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés	86
Les états financiers	88
 <i>SECTION 4 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2013-2014</i>	 113
 <i>ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC</i>	 133

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agrément Canada
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDG	Comité régional des directeurs généraux
CRDITEC MCQ – JU	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DACD	Diarhée associée au <i>Clostridium difficile</i>
DCIR	Dossier clinique informatisé régional
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DI-TED	Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement
DMÉ	Dossiers médicaux électroniques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier Santé Québec
ECG	Électrocardiographie
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès pour les clientèles orphelines
GMF	Groupe de médecine de famille
IAB	Initiative des amis des bébés
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRISS	Interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé

IRM	Imagerie par résonance magnétique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAPFC-2	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
PAR	Proiciels administratifs régionaux
PEMU	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSFTT	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie
PSI	Plan de services individualisé
PSRRI	Plan stratégique régional des ressources informationnelles
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressource intermédiaire
RI	Ressource informationnelle
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SACAS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SDA	Supervision des droits d'accès
SI	Suivi intensif
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SPCI	Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance
TGC	Trouble grave du comportement
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TROC	Table régionale des organismes communautaires
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le bilan 2013-2014, présenté dans ce rapport annuel de gestion, rend compte des efforts de notre réseau régional de santé et de services sociaux pour offrir des services de qualité à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Toutes les réalisations que vous découvrirez à la lecture de ce rapport de gestion témoignent du dynamisme régional qui ne se dément pas, année après année. Nous attirons votre attention sur quelques faits marquants de la dernière année :

- Les objectifs de la planification stratégique régionale 2010-2015 se sont poursuivis. La section 2 du rapport annuel de gestion fait l'état d'avancement des actions à réaliser dans le cadre du plan d'action 2013-2015. Par ailleurs, des travaux de réflexion et de consultation ont été entrepris pour préparer la planification stratégique régionale 2015-2020.
- Dans un contexte budgétaire difficile serré, nous voulons faire ressortir l'effort constant des organisations pour optimiser leurs services. De nombreux projets régionaux d'amélioration continue sont en cours. À titre d'exemple, mentionnons l'amélioration de la trajectoire de services de deuxième ligne en santé mentale pour la clientèle adulte et de la trajectoire de services en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, les travaux sur les services en unité de réadaptation fonctionnelle intensive, le regroupement du traitement de la paie et l'amélioration de l'accès en imagerie médicale.
- La dynamique régionale de concertation mise en place avec le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) a permis d'offrir des services à la population qui vont au-delà des structures territoriales et budgétaires. Les impacts positifs des décisions sur les services de continuité pour la population en sont un bel exemple. Dans le même ordre d'idées, l'orientation nationale sur les services de laboratoires a fait l'objet de plusieurs discussions et interventions venant confirmer le modèle régional issu de cette dynamique.
- Suite à des élections au printemps, un tout nouveau comité de direction a été mis en place au Département régional de médecine générale (DRMG) et a désigné le Dr Pierre Martin à titre de nouveau chef du DRMG.
- La révision en 2013 du plan d'organisation de l'Agence a suscité des mouvements internes et nominations en raison de départs à la retraite. Ainsi, l'équipe de direction a été passablement renouvelée pendant l'exercice et joue maintenant son rôle dans un environnement stable.
- La Direction de santé publique (DSP) a, entre autres, été impliquée dans le développement des capacités des acteurs du réseau afin d'avancer dans l'exercice de la responsabilité populationnelle, dans l'élaboration et la diffusion des portraits de santé de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire et de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, dans les dossiers de fluoration de l'eau potable à la Ville de Trois-Rivières et de la pyrrhotite.

Notre région a aussi fait l'objet d'annonces en immobilisations et en nouveaux services. Mentionnons, entre autres :

- pour le Centre hospitalier affilié universitaire régional du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières :
 - l'autorisation à poursuivre la phase 2 du redéploiement des services,
 - l'inauguration de l'unité néonatale réaménagée,
 - l'inauguration d'une nouvelle salle de traitement de radiothérapie au centre de radio-oncologie,
 - la construction d'un centre d'hémodynamie,
 - le centre régional en gestion de la douleur,
 - la désignation de centre régional affilié pour le traitement du cancer du poumon;
- pour le CSSS Drummond :
 - l'inauguration de la nouvelle unité de médecine familiale (UMF),
 - l'autorisation de la construction du Centre Famille-Enfant;
- l'ouverture de dix lits en soins palliatifs à la Maison Marie-Pagé de Victoriaville;

- la fin des travaux de rénovations majeures au Centre d'hébergement Lucien-Shooner de Pierreville (CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska);
- l'inauguration des nouveaux locaux du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec à Drummondville;
- l'entente entre les CSSS de Trois-Rivières et de Bécancour-Nicolet-Yamaska pour permettre l'accouchement en milieu hospitalier par une sage-femme de la Maison de naissance de la Rivière;
- la fin des travaux au Centre d'hébergement le Tilleul du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Tout au long de l'année, le conseil d'administration a mis en évidence l'excellence et la qualité de divers projets en assemblée publique dans le cadre des « bons coups du réseau ». Les voici :

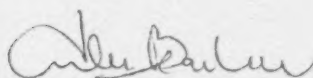
- Le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux décerné à l'organisme communautaire Volteface dans la catégorie « Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être » pour son projet *Ultimatum « Échap » la Cyber intimidation*. Un autre projet de la région s'est illustré à titre de finaliste au plan provincial, soit « Toxicomanie et parentalité » présenté par le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec dans la catégorie « Partenariat ».
- Les démarches d'amélioration du climat de travail de type Entreprise en santé ou Planetree en cours dans tous les établissements de la région, faisant de la Mauricie et le Centre-du-Québec la seule région au Québec où l'on retrouve l'ensemble des établissements inscrits dans une telle démarche. Deux établissements sont déjà certifiés, soit le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec, certifié « Entreprise en santé », et le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) InterVal reconnu par le Réseau Planetree Québec.
- La création d'un centre de formation en soins infirmiers par le CSSS de Maskinongé en étroite collaboration avec le Collège Shawinigan et le centre local d'emploi.
- Le projet *Adoptonsport* du CRDP InterVal qui vise la prise en charge par la communauté des activités sportives pour les enfants âgés entre 7 et 11 ans vivant avec une déficience motrice légère à modérée.

Dans le contexte économique actuel, il est de plus en plus clair que les établissements de la santé et des services sociaux doivent travailler ensemble pour relever les défis à venir et maintenir la qualité et l'accessibilité des services dans la région.

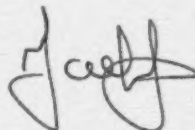
Nous avons accueilli, en octobre dernier, M^{me} Julie Beaulieu à titre de nouvelle présidente du conseil d'administration de l'Agence. Madame Beaulieu est membre du conseil d'administration depuis 2010 et devient ainsi la première femme à occuper ce poste. Elle occupe ses fonctions avec rigueur et nous lui souhaitons un excellent mandat avec nous. Elle succède à M. Gérard Lapiere, dont nous désirons saluer le passage à la présidence qu'il occupait depuis 2010. Animé d'une vision régionale forte et doté d'une bonne connaissance du réseau, M. Lapiere a contribué à la qualité des travaux du conseil d'administration par sa vaste expérience de gestion et ses nombreuses années d'implication au sein de la communauté. Nous adressons nos sincères remerciements à cet homme dévoué, juste et intègre.

Enfin, nous réitérons toute notre appréciation aux employés, professionnels, gestionnaires, bénévoles, membres des conseils d'administration de l'Agence et des établissements, aux organismes communautaires en santé et services sociaux, de même qu'aux partenaires, pour leur remarquable travail et leur dévouement pour la population de notre région. Vous faites la différence!

MERCI!



Julie Beaulieu
Présidente du conseil d'administration



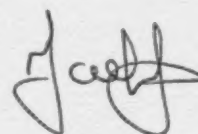
Gaétan Lamy
Président-directeur général

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

L'information et les résultats présentés dans le Rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information contenue dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Gaétan Lamy
Président-directeur général

PORTRAIT

DU TERRITOIRE ET DE L'AGENCE

Section 1

LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

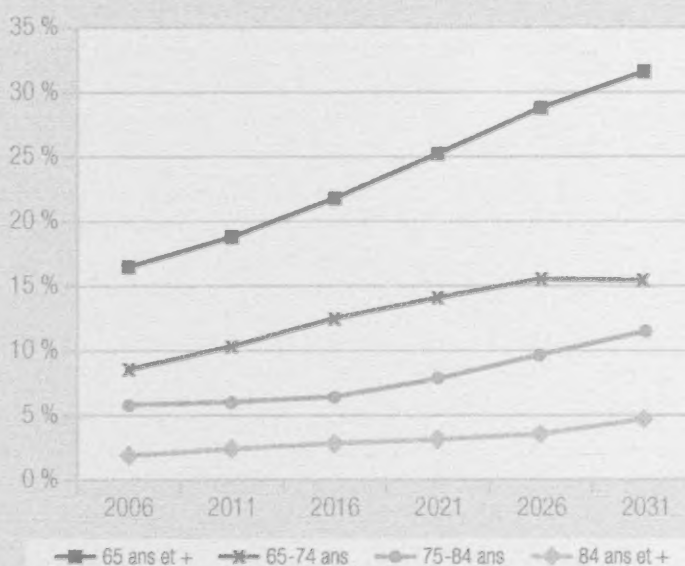
LE TERRITOIRE ET LA POPULATION DE LA RÉGION

- Vaste territoire de près de 45 000 km².
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2013 est de 501 532 personnes :

Sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 62 % ont entre 18 et 64 ans et 20 % sont âgées de 65 ans et plus. Ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (17 %).

Une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031 pour passer de 99 905 à 166 196 individus. Les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec).

Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus selon certaines catégories d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2006 à 2031

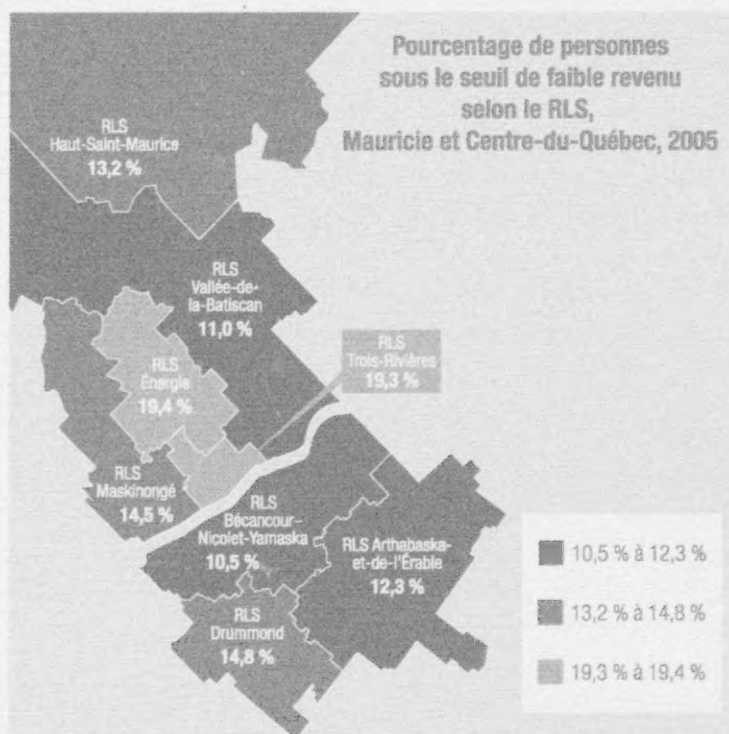


Source : MSSS, Projections de la population, janvier 2010

- La communauté autochtone représente environ 2 % de la population totale (environ 8 740 individus). Bien que deux des quatre réserves amérindiennes sont situées au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 28 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services (RLS).
- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.
- La population de langue maternelle autre que française ou anglaise représente 2 % dans la région.

■ LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES¹

- On constate une amélioration marquée du niveau de scolarité entre 1996 et 2011. La proportion de personnes ayant un diplôme d'études secondaires chez les 25-64 ans est passée de 68 % à 82 % au cours de cette période, mais demeure inférieure au Québec (85 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (23 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.
- La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent avec ce niveau de revenu (18,7 % contre 15,6 %).
- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).



Source: Statistique Canada, Recensement 2006

¹ Les informations sur le seuil de faible revenu proviennent du recensement de 2006, celles de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 n'étant pas encore disponibles au moment d'écrire ces lignes.

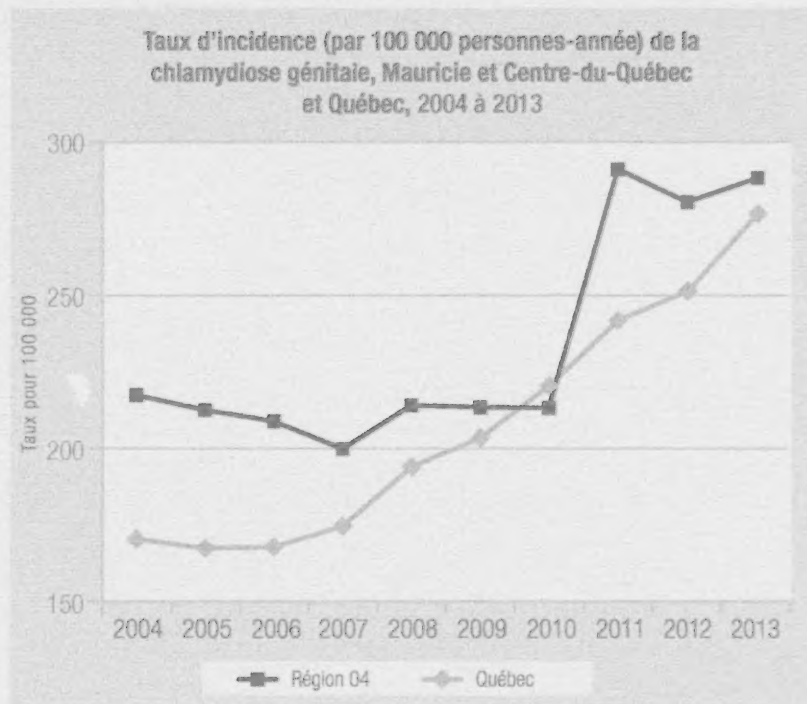
■ LES HABITUDES DE VIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

- On constate une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (18 % des 18 ans et plus en 2008 contre 7 % en 1987). La proportion de personnes obèses est comparable chez les hommes et les femmes (20 % et 18 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (44 % contre 27 %).
- En 2011-2012, 60 % des hommes et 44 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de cinq portions de fruits et légumes par jour.
- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, en 2011-2012, on comptait 40 % d'actifs, 20 % de moyennement actifs, 18 % de peu actifs et 22 % de sédentaires. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 42 % sont actifs et 26 % moyennement actifs et 32 % sédentaires.
- 21 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).
- En 2008, moins de femmes de la région ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années : 67 % contre 73 % des Québécoises.
- En 2008, 12 % de la population de 15 ans et plus avait consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Les hommes ont consommé de la drogue dans une proportion deux fois plus grande que les femmes (16 % contre 8 %).

■ LES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Une population de 15 ans et plus qui, en 2008, se considérait à 54 % en excellente ou en très bonne santé.
- La région comptait, en 2010-2011, 36 797 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 9 % de la population de ce groupe d'âge. En contrôlant pour l'âge, la prévalence ajustée est légèrement inférieure à celle du Québec.
- Près de 25 % de la population de 20 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2010-2011. La prévalence ajustée pour l'âge est aussi inférieure à celle du Québec.
- Avec un taux d'hospitalisation de 138 pour 10 000 personnes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation pour la période allant de 2010 à 2013. Elles sont suivies des maladies de l'appareil respiratoire (103 pour 10 000), des maladies de l'appareil digestif (88 pour 10 000), des traumatismes et empoisonnements (82 pour 10 000) et des tumeurs (79 pour 10 000).
- Les principales causes d'hospitalisation diffèrent peu selon le sexe, sauf pour les maladies cardiovasculaires où les hommes ont un taux ajusté d'hospitalisation de 142 pour 10 000 contre un taux de 79 pour 10 000 chez les femmes.
- Parmi les autres problèmes, les allergies non alimentaires constituent le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou d'arthrose (15 %).

- De façon générale, la région affiche une incidence pour la chlamydie génitale plus élevée que pour le Québec. En 2013, cette valeur s'élève à 285 pour 100 000 contre 276 pour 100 000 pour le Québec.



Source : Fichier MADO, 2004 à 2013

■ LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.
- En 2011-2012, 7 % des 12 ans et plus présentent des troubles d'anxiété diagnostiqués et 4,9 % des troubles de l'humeur. Ces problèmes coexistent souvent chez la même personne.
- Environ 95 % des gens de la région sont satisfaits de leur vie sociale. Cette proportion est supérieure à celle du Québec (93 %).
- En 2008, 20 % de la population de la région se retrouve avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Davantage de femmes que d'hommes ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (25 % contre 16 %).
- Dans la région en 2008, la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, se situe à 1,7 %; la valeur québécoise est de 2,3 %.

■ L'ESPÉRANCE DE VIE ET LA MORTALITÉ

- L'espérance de vie a augmenté de 6,5 ans chez les hommes et de 3,2 ans chez les femmes entre 1983-1985 et 2008-2010, pour atteindre respectivement les valeurs de 78,2 ans et de 83,2 ans. Les hommes de la région conservent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

■ L'espérance de vie dans la région est soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.

■ On constate une diminution marquée (près de la moitié) du taux de mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 4,9 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

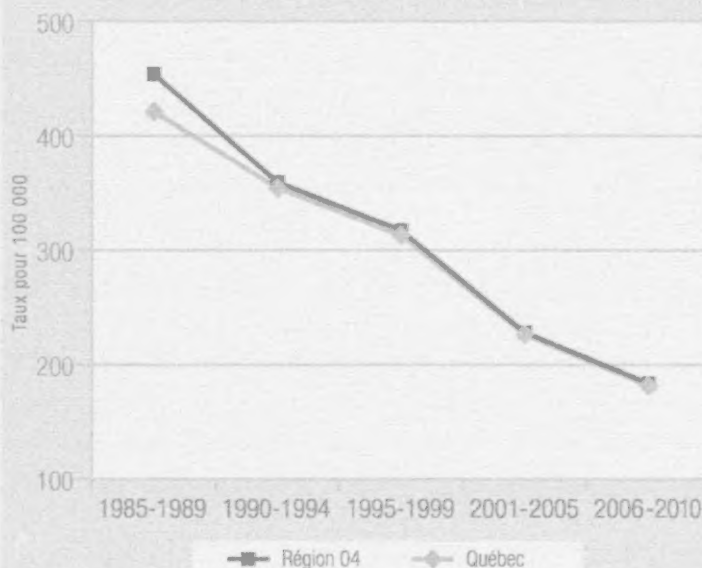
■ Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement 32 % et 26 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2006 et 2010. On observe ainsi :

- Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire, à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 455 à 185 décès pour 100 000 personnes depuis la fin des années 1980.

- Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, de la fin des années 1980 à 2005-2009, mais une stagnation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une légère diminution en fin de période pour l'ensemble des femmes du Québec.

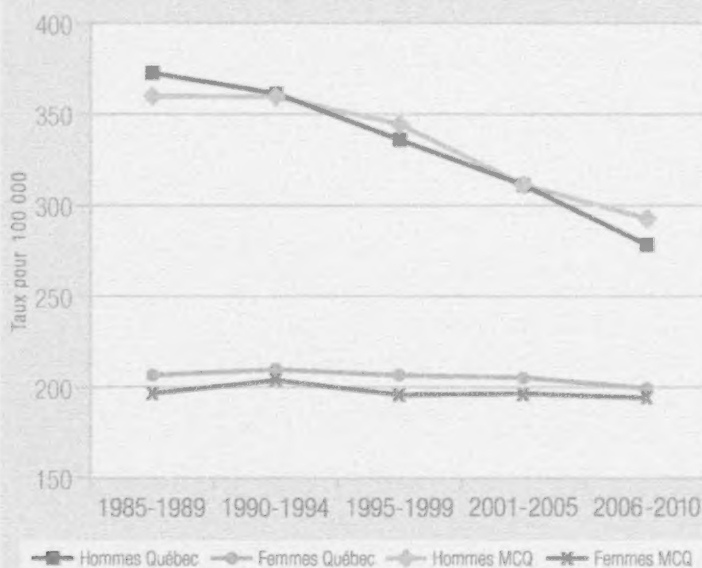
- Les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes sont, en importance : le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

Taux ajustés de mortalité par maladies cardiovasculaires par 100 000 personnes, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2006-2010



Source : MSSS, fichier des décès, 1995 à 2010

Taux ajustés de mortalité par cancer par 100 000 personnes selon le sexe, Mauricie et Centre-du-Québec et Québec, 1985-1989 à 2006-2010



Source : MSSS, fichier des décès, 1995 à 2010

- Le taux de mortalité par suicide demeure supérieur à celui du Québec bien que, à l'instar de la situation québécoise, où on constate un certain fléchissement, il commence à diminuer (de 24 pour 100 000 en 1995-1999 à 19 pour 100 000 en 2006-2010). Le taux chez les hommes reste nettement supérieur au taux chez les femmes (29 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 pour les femmes).
- Le taux de mortalité par traumatisme non intentionnel est plus important dans la région que dans l'ensemble du Québec (35 contre 27 pour 100 000 pour 2006-2010), surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au 31 mars 2014, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 14 établissements, dont 8 CSSS.

LES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Responsabilités	CSSS
Mission de type CLSC et CHSLD	Tous
Mission CH	CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, de Trois-Rivières, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Urgence mineure et unité de courte durée gériatrique	CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour-Nicolet-Yamaska
Mandat régional en santé mentale	CSSS de l'Énergie
Mandataire régional Info-Santé/Info-Social	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TROIS-RIVIÈRES – CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE RÉGIONAL

Le Centre hospitalier affilié universitaire régional du CSSS de Trois-Rivières offre des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale. Parmi les services à mandat régional offerts, on note ceux qui ont récemment été ajoutés :

- la procréation médicalement assistée;
- la périnatalogie, la néonatalogie et la pédiatrie (niveau 2 b);
- la gestion de la douleur chronique, dans le cadre d'un consortium formé avec le Centre de réadaptation en déficience physique InterVal;
- le traitement du cancer du poumon.

LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS À VOCATION RÉGIONALE

La région compte quatre centres de réadaptation qui sont : le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation en déficience physique InterVal, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU) et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec.

LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés s'ajoutent au réseau d'établissements publics. Ce sont le Foyer Sts-Anges de Ham-Nord inc. et le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

La région est toujours reconnue comme ayant des besoins prioritaires en termes d'effectifs médicaux en omnipratique avec 88,1 % d'atteinte de ses besoins. On note cependant que les efforts de recrutement portent ses fruits, la région se situant dorénavant au centre du peloton face aux autres régions du Québec à ce chapitre.

Dans le cadre des mesures incitatives, l'Agence a obtenu cinq nouveaux forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de médecins en milieu rural dans la région. Deux médecins omnipraticiens s'en sont prévalus.

Effectifs médicaux en omnipratique en équivalent temps complet (ETC)	2013-2014	2012-2013
Médecins en place (ETC)	504	464
Besoins normalisés (ETC)	572	568
Écart selon les besoins (ETC)	68	104
% d'atteinte du plan d'effectifs médicaux de la région	88,1 %	81,7 %
% d'atteinte du plan d'effectifs médicaux du Québec	89,4 %	88,1 %

En 2013-2014, 25 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région. Le ministre en avait autorisé 24, plus 1 recrutement supplémentaire en vertu du Plan d'effectifs médicaux universitaires (PEMU). Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 572 médecins omnipraticiens. Quatre médecins ont quitté la région en cours d'année.

Plan d'effectifs en omnipratique (nombre d'individus)	2013-2014		2012-2013	
Objectifs de croissance	24	1 PEMU	24	2 PEMU
Recrutement (avis de conformité)	24	1 PEMU	24	2 PEMU
Départ	4		12	
Ajout net	21		14	

LES EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

Note : Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité, mis en place en 2011 et couvrant la période 2011 à 2015, est arrivé à mi-parcours. Annuellement, la période couverte par le plan débute au 1^{er} décembre d'une année pour se terminer le 30 novembre de l'année suivante. Les résultats de mars 2014 seront donc comparés au plan couvrant la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 novembre 2014.

La région comptait 405 postes octroyés à des médecins spécialistes en avril 2013 et ce nombre a augmenté à 406 en mars 2014. Bien qu'il semble y avoir stagnation, il n'en est rien. En effet, plusieurs recrutements avaient été faits en 2012-2013 et ils se sont concrétisés en 2013-2014. Ainsi, sur les 43 postes octroyés mais non encore occupés en 2012-2013, il n'en reste que 21 au 31 mars 2014.

Sur les 34 spécialités offertes dans les établissements de la région, 4 demeurent préoccupantes en termes de taux d'atteinte des plans autorisés : la dermatologie (40 % d'atteinte), la pédiatrie (40 % d'atteinte au CSSS Drummond), la psychiatrie, particulièrement au CSSS de Trois-Rivières (60 % d'atteinte). La situation en pédopsychiatrie s'est améliorée avec une atteinte régionale de 62 %. Il manque trois pédopsychiatres : un au CSSS de Trois-Rivières, un au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et un au CSSS de l'Énergie sur des plans d'effectifs médicaux autorisés de deux postes chacun.

Le PREM en spécialité est passé de 431 postes en 2012-2013 à 441 en 2013-2014. Le taux d'atteinte ne peut donc se comparer à celui de l'année antérieure puisqu'il est calculé sur une base progressive. En 2013-2014, il est de 87 % pour l'ensemble des spécialités. Pour les spécialités de base, le taux d'atteinte est de 93 % tandis que pour les spécialités régionales il est de 88 %. Au cours de l'année 2013-2014, 24 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a observé 3 départs vers d'autres régions et 6 à la retraite. Le recrutement net a été de 15 médecins spécialistes.

État du PREM en spécialité (individus) au 31 mars 2014	Mars 2014		Mars 2013	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
Spécialités de base et locales	328	301	322	304
Spécialités régionales	113	105	109	101
Total	441	406	431	405
Postes vacants	44		37	
Dépassements temporaires (dérogations)	4		4	
Pourcentage d'atteinte du PREM				
Spécialités de base et locales	93 %		91,9 %	
Spécialités régionales	88 %		89,9 %	
Toutes les spécialités	87 %		91,4 %	
Mouvements				
Recrutement	24		26	
Départs	9		2	
Ajout net	15		24	

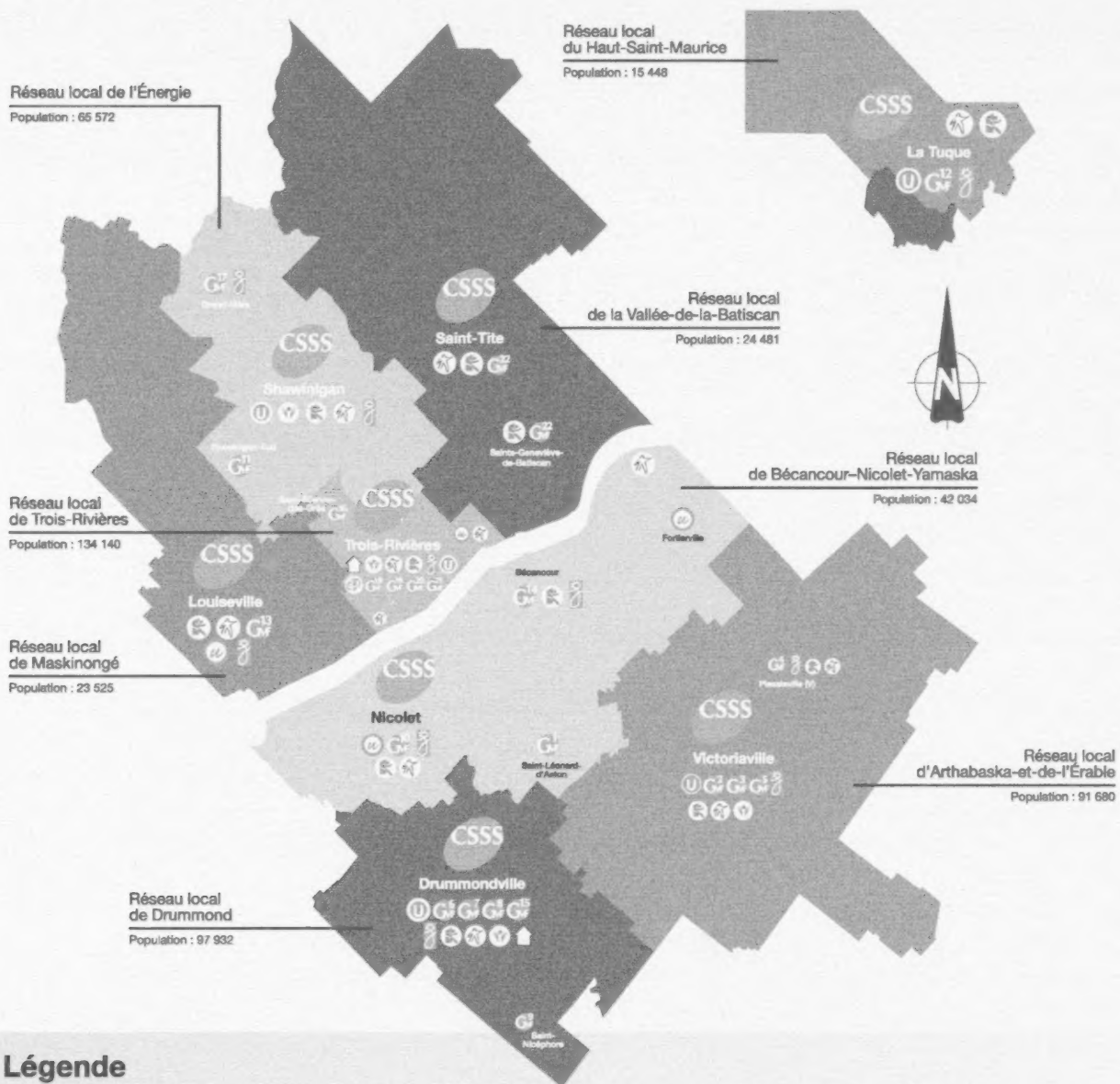
Note : Dans certaines spécialités, le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). Le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

LES ORGANISMES ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

La région compte également sur :

- l'équipe de sages-femmes de la Maison de naissance de la Rivière à Nicolet qui effectue aussi des suivis de grossesse aux points de service à Trois-Rivières et Victoriaville;
- 169 ressources intermédiaires (RI) et 677 ressources de type familial (RTF), pour un total de 3 756 places accréditées, associées aux programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Déficience physique, Jeunes en difficulté et Santé mentale (données au 31 mars 2014);
- 224 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- 13 entreprises ambulancières;
- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;
- 22 groupes de médecine de famille (GMF) situés dans les districts sociosanitaires d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3), Vallée-de-la-Batiscan (1) et Trois-Rivières (4). Ces GMF regroupent 310 médecins de famille répartis dans 63 sites, auxquels s'ajoutent 33 cliniques médicales privées;
- 13 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique;
- un Technocentre et un Infocentre régional.

LA CARTE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



Légende

Urgence

- ① Majors
- ② Mineurs

Établissements à mission régionale

- ③ Centre hospitalier affilié universitaire régional
- ④ Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- ⑤ Centre de réadaptation en dépendance Domligny-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec
- ⑥ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire
- ⑦ Centre de réadaptation en déficience physique InterVal

Agence de la santé et des services sociaux



GMF

- 1: GMF de Saint-Léonard d'Aston
- 2: GMF des Bois-Francs #1
- 3: GMF des Bois-Francs #2
- 4: GMF des Bois-Francs #3
- 5: GMF des Bois-Francs #4
- 6: GMF Centre médical AJC
- 7: GMF Centre de santé
- 8: GMF Centre Médical Saint-François
- 9: GMF Clinique médicale Saint-Nicéphore
- 10: GMF Clinique médicale de Nicolet
- 11: GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud
- 12: GMF Haut-Saint-Maurice
- 13: GMF Clinique médicale Saint-Laurent
- 14: GMF de la MRC de Bécancour
- 15: GMF Centre médical Drummond
- 16: GMF Les Grès
- 17: GMF Grand-Mère
- 18: GMF de Trois-Rivières
- 19: GMF UMF de Trois-Rivières
- 20: GMF Clinique de médecine familiale des Récollets
- 21: GMF Du Carmel
- 22: GMF Vallée-de-la-Batiscan

Centre de santé et de services sociaux

- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour-Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

L'AGRÈMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements ont l'obligation légale de maintenir en tout temps l'agrément de leurs services et de solliciter le renouvellement de cet agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu, et ce, dans un délai maximal de quatre ans. Ils doivent ainsi améliorer constamment la qualité des soins et des services offerts, veiller à la mobilisation du personnel et s'assurer de la satisfaction des usagers et de leurs proches.

En région, tous les établissements sont agréés, de même que les deux CHSLD privés conventionnés qui ont obtenu un agrément avec mention d'honneur. Au cours de la dernière année, huit établissements ont renouvelé leur agrément. Ainsi, le CRDP InterVal, le CRDITED MCQ – IU et le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont renouvelé leur agrément avec le Conseil québécois d'agrément (CQA), alors que les CSSS de Maskinongé, de la Vallée-de-la-Batiscan et d'Arthabaska-et-de-l'Érable ont renouvelé leur agrément dans le cadre du programme conjoint d'Agrément Canada (AC) et du CQA. Enfin, les CHSLD privés conventionnés, Foyer Sts-Anges de Ham-Nord et Vigi Les Chutes, ont réalisé le processus d'évaluation d'AC. Les résultats obtenus par les établissements témoignent de leur engagement à offrir des soins et des services qui soient sécuritaires et de grande qualité.

Au plan régional, soulignons que l'analyse des différents rapports d'agrément contribue à l'identification des forces et des zones d'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux. Des actions conjointes sont ainsi identifiées afin d'améliorer de façon continue la qualité des soins et des services offerts dans la région.

LES PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont remis chaque année à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles. Ces projets contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la qualité des soins et des services.

Pour l'édition 2012-2013, l'organisme communautaire Volteface s'est mérité le Prix d'excellence dans la catégorie « Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être » pour son projet *Ultimatum « Échap » la cyberintimidation*. Ce projet vise à informer et à outiller les intervenants, les parents et les jeunes sur la problématique émergente qu'est la cyberintimidation. Un autre projet de la région s'est illustré à titre de finaliste au plan provincial. Il s'agit du projet *Toxicomanie et parentalité* présenté par le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie–Centre-du-Québec dans la catégorie « Partenariat ».

En ce qui concerne l'édition 2013-2014, cinq candidatures ont été reçues à l'Agence. De ce nombre, deux projets ont été inscrits comme finalistes pour la région en vue des sélections ministérielles et nationales. La remise des prix est prévue pour le mois d'octobre 2014.

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

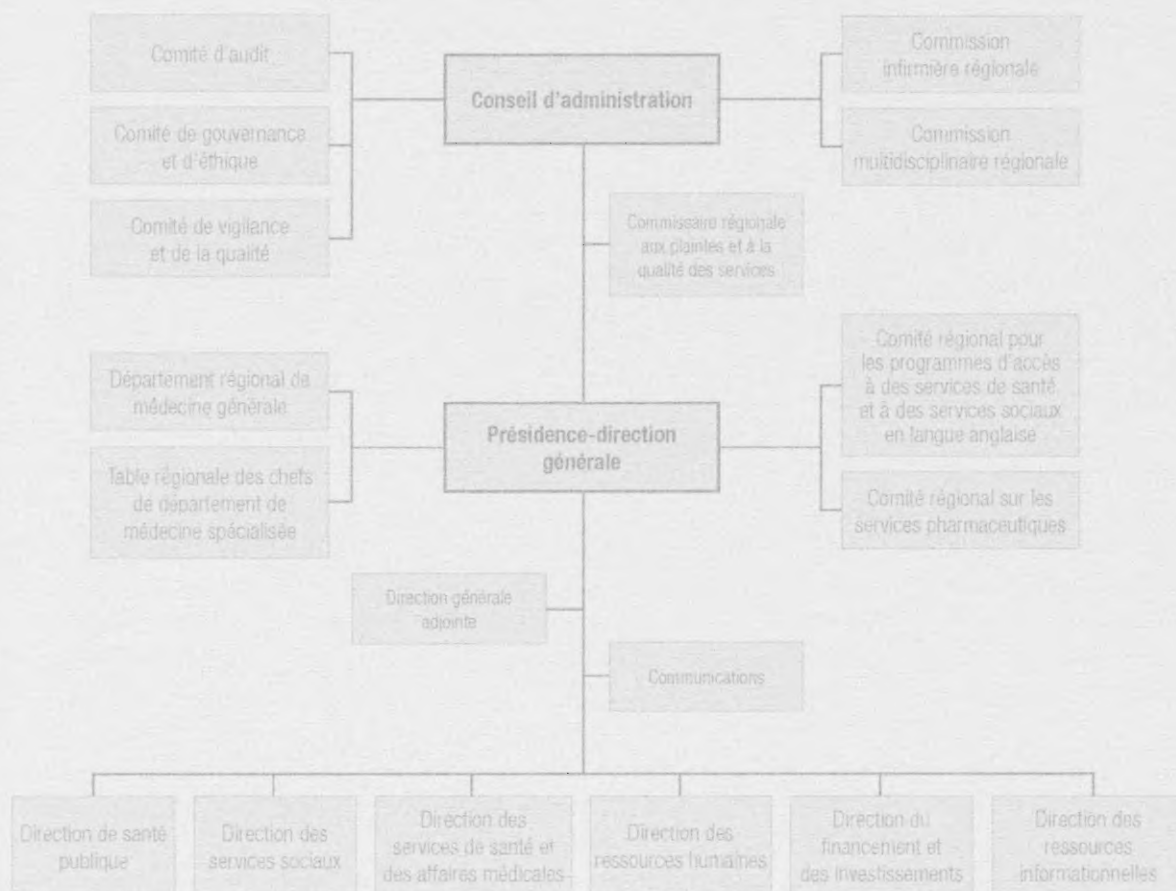
- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit RLS au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.
- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.
- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

L'ORGANISATION

Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de manière à assurer de façon optimale la coordination de ses composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par différentes lois.

En février 2013, la direction de l'Agence a entrepris une démarche de consultation en vue de la révision de son plan d'organisation. Plusieurs changements dans nos environnements interne et externe ont conditionné la nécessité de revoir certains aspects de notre structure organisationnelle. Les plus importants sont les exigences posées par le contexte budgétaire, les mouvements de personnel et l'évolution de notre dynamique organisationnelle et régionale. Les ajustements proposés ont été adoptés par le conseil d'administration en avril 2013.

L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2014



Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directeur des ressources humaines;
- directrice du financement et des investissements;
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales (vacant au 31 mars 2014);
- directrice de santé publique;
- directeurs des services sociaux (un cadre nouvellement nommé et un cadre en transfert d'expertise jusqu'au 5 avril 2014).

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – ressources financières et matérielles;
- chef de service – ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – organisation de services (2 postes dont 1 vacant);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de service avec la Commission de santé et de sécurité au travail [CSST]);
- chef de service – santé et environnement;
- chef de service – prévention/promotion;
- chef de service – soutien à la transversalité;
- chef de service – affaires médicales et services spécialisés (vacant);
- chef de service – services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Infocentre et progiciels administratifs régionaux (PAR);
- chef de service – coordination régionale en sécurité civile – mission santé (un cadre en intérim de 28 heures car un cadre en prêt de service 28 heures);
- chef de service – technologies de l'information et bureau de projets.

LES RESSOURCES HUMAINES

Effectifs au 31 mars 2014	31 mars 2014	31 mars 2013
Les cadres		
Temps complet : (hors cadres)	2	2
(cadres supérieurs)	7	5
(cadres intermédiaires)	11	13
Temps partiel :		
Nombre de personnes : Équivalents temps complet ^(*) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers		
Temps complet ^(*) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	147	152
Temps partiel :		
Nombre de personnes : Équivalents temps complet ^(*) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	9,6	10,2
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	26 916	26 698
Équivalents temps complet ^(*)	14,74	14,62

^(*) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

^(*) Inclus les postes affectés au Technocentre régional (21), à l'Infocentre régional (6,8) et en libération syndicale permanente (1).

^(*) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

En outre, au 31 mars 2014, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en ETC) de 16,79 médecins et de 1 dentiste.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 10 628 654 \$ en 2013-2014, comparativement à 10 839 969 \$ en 2012-2013. Plus de la moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique (DSP), soit 5 475 242 \$, alors que l'autre partie est affectée à la coordination du réseau. La décroissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par la non-indexation des coûts salariaux ainsi que par l'application de la loi qui vise à réduire les dépenses de nature administrative et la taille des effectifs d'ici 2013-2014 (projet de loi 100).

Budget en provenance du MSSS	2013-2014	2012-2013	Variation
Budget de l'Agence	5 153 412 \$	5 157 287 \$	(3 875) \$
Budget de la DSP	5 475 242 \$	5 682 682 \$	(207 440) \$
Total du budget d'exploitation	10 628 654 \$	10 839 969 \$	(211 315) \$
Fonds des activités accessoires	153 921 \$	140 934 \$	12 987 \$
Fonds des activités régionalisées	7 488 782 \$	5 965 973 \$	1 522 809 \$
Fonds affectés ¹	40 544 599 \$	37 687 121 \$	2 857 478 \$

¹ Excluant les fonds immobilisations et Équipements

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources informationnelles s'assure de la mise en oeuvre de la planification stratégique régionale en ressources informationnelles. En ce sens, elle porte la vision régionale, coordonne la réalisation des multiples projets afférents au développement, à l'intégration et à l'optimisation des ressources informationnelles.

Elle assure, par le biais du bureau de projets, le soutien à l'analyse, la planification et le suivi des projets en ressources informationnelles, et du portefeuille régional et interne de projets. Elle est également responsable de la gestion du Technocentre régional.

En plus d'assumer le support et la gestion du parc informatique de l'Agence, le Technocentre assure l'hébergement d'applications et de systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative), agit à titre de centre de services régional pour quelques établissements et GMF, accompagne les établissements dans leurs choix technologiques, répond à plus de 26 000 demandes d'assistance par année portant principalement sur plus de 160 applications ou systèmes

d'information, surveillance et maintient les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.), et ce, 24 heures par jour. Le Technocentre veille également aux infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

■ LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu dix séances publiques et cinq séances plénières en 2013-2014. Outre les questions relatives à la répartition des ressources humaines, matérielles et financières, parmi les dossiers qui ont fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration, on note :

- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles;
- la nomination de certains membres aux conseils d'administration des établissements;
- la révision du plan d'organisation de l'Agence;
- la Politique sur l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités permanents;
- la Politique administrative sur les ressources intermédiaires et de type familial;
- la désignation du directeur médical des services préhospitaliers d'urgence;
- les nominations suivantes à l'Agence : directrice du financement et des investissements, directeur des ressources humaines, directeur général adjoint, directrice de santé publique, directeur des services sociaux, commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services;
- la responsabilité populationnelle;
- la planification stratégique régionale 2015-2020.

Enfin, à quelques reprises au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont souligné des bons coups réalisés par le réseau et ses partenaires. Des motions de félicitations ont ainsi été adressées aux acteurs concernés.

Liste des membres du conseil d'administration (au 31 mars 2014)

M ^{me} Julie Beaulieu, présidente	Membre indépendante Drummondville
M. Gérald Lapierre	Membre indépendant Drummondville
Poste vacant	Membre indépendant
M. Yves Tousignant, vice-président	Membre indépendant La Tuque
M. Marc Descôteaux	Membre indépendant Sainte-Monique

M ^{me} Nicole Houle	Collège <i>Comités des usagers des établissements</i> Trois-Rivières
M. Christian Carrier	Collège <i>Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée</i> Trois-Rivières
M. Yves-Laurent Godbout	Collège <i>Département régional de médecine générale</i> Trois-Rivières
M. Louis Trudel	Collège <i>Comité régional des services pharmaceutiques</i> Drummondville
M ^{me} Josée Panneton	Collège <i>Commission infirmière régionale</i> Trois-Rivières
M ^{me} Nathalie Garon	Collège <i>Commission multidisciplinaire régionale</i> Trois-Rivières
M ^{me} Lynda Michaud	Collège <i>Organismes représentatifs du milieu syndical</i> Trois-Rivières
M ^{me} Isabelle Brunelle	Collège <i>Organismes communautaires</i> Pierreville
M. François Guillemette	Collège <i>Universités</i> Trois-Rivières
M. Gaetan Lamy	Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2013-2014, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

LES COMITÉS DU CONSEIL

Le comité de vigilance et de la qualité

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- l'analyse des conclusions, recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le rapport annuel des plaintes;
- les informations du commissaire : objectifs annuels, journée des comités des usagers, rapport annuel du Protecteur du citoyen;
- la certification des résidences pour aînés;
- les visites d'appréciation ministérielles en CHSLD;
- le suivi des recommandations des coroners;
- les Prix d'excellence et la composition d'un jury régional;
- le suivi des orientations ministérielles sur l'application des mesures de contrôle;
- le rapport régional sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services;
- le Cadre de référence régional sur la qualité des soins et des services;
- les mécanismes employés par l'Agence pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction;
- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2012 à août 2013 et l'appréciation de son fonctionnement.

Au cours de l'année, le comité a fait part de son bilan au conseil d'administration et a déposé deux recommandations : l'une portant sur l'adoption du rapport annuel des plaintes et l'autre concernant les suivis de gestion liés à la prestation sécuritaire des soins et des services, lesquels seront désormais présentés seulement au comité de vigilance et de la qualité.

Enfin, soulignons que le comité a accueilli M^{me} Geneviève Blain, nouvelle commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services, suite au départ à la retraite de M. Denis Grenier.

Liste des membres du comité de vigilance et de la qualité (au 31 mars 2014)

M ^{me} Josée Panneton	Collège Commission infirmière régionale
M ^{me} Nicole Houle	Collège Comités des usagers des établissements
M ^{me} Isabelle Brunelle	Collège Organismes communautaires
M ^{me} Geneviève Blain	Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services
M. Gaétan Lamy	Président-directeur général de l'Agence

Le comité d'audit

Résultats atteints

Le comité a tenu quatre rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- le rapport financier annuel 2012 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2012 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2012-2013 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2013-2014 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques 2013-2014 de l'Agence;
- la présentation du programme de vérification 2013-2014;
- la nomination à la présidence du comité;
- les transferts de l'enveloppe régionale des crédits.

Le comité a déposé cinq recommandations au conseil d'administration, notamment pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels de l'Agence.

Liste des membres du comité d'audit (au 31 mars 2014)

M ^{me} Julie Beaulieu	Membre indépendante Présidente du conseil d'administration
M ^{me} Isabelle Brunelle	Collège <i>Organismes communautaires</i>
Poste vacant	Membre indépendant
M ^{me} Nathalie Garon	Collège <i>Commission multidisciplinaire régionale</i>
M. Marc Descôteaux	Membre indépendant Président du comité d'audit

Le comité de gouvernance et d'éthique

Résultats atteints

Ce comité a été mis en place en décembre 2012. Pendant l'année 2013-2014, les membres ont participé à quatre rencontres, au cours desquelles ils ont traité des sujets suivants :

- l'adoption de la Politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration et de ses comités;
- l'élaboration des questionnaires d'autoévaluation du conseil d'administration et de ses comités;
- la révision du programme d'accueil à l'intention des membres du conseil d'administration et la proposition de pistes d'amélioration;

- l'élaboration des modalités de formation continue;
- l'analyse des résultats de la première année d'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration et de ses comités, et proposition de pistes d'amélioration;
- l'analyse du profil de compétences pour un poste de membre indépendant à combler.

Liste des membres du comité de gouvernance et d'éthique (au 31 mars 2014)

M ^{me} Julie Beaulieu	Membre indépendante Présidente du conseil d'administration
M. Yves Tousignant	Membre indépendant
M. Gérard Lapierre	Membre indépendant
M. François Guillemette	Collège Universités
M. Louis Trudel	Collège Comité régional des services pharmaceutiques

■ LES INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

Résultats atteints

La commission a tenu trois rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les principaux sujets suivants ont été abordés :

- la campagne d'information nationale sur le Dossier Santé Québec (DSQ);
- la mise en place d'un centre régional en gestion de la douleur chronique;
- la campagne d'information nationale sur l'assurance autonomie;
- le Plan d'action 2013-2015 du Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- la démarche d'élaboration du plan stratégique régional 2015-2020;
- la planification stratégique ministérielle 2015-2020.

Liste des membres de la commission multidisciplinaire régionale (au 31 mars 2014)

M. Alain Demers CSSS de Maskinongé	Collège des conseils multidisciplinaires des établissements Domaine social
M. Michael Monast Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	

M ^{me} Danielle Jacob CRDP InterVal M ^{me} Liette Côté CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	<i>Collège des conseils multidisciplinaires des établissements</i> Domaines de la réadaptation et de la santé
M ^{me} Gisele Dumas CSSS de l'Énergie Poste vacant M ^{me} Sophie Lacasse Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	<i>Collège des conseils multidisciplinaires des établissements</i> Autres secteurs professionnels et domaines techniques
M ^{me} Nathalie Garon CSSS de Trois-Rivières M ^{me} Nathalie Bishop CRDITD MCQ – IU	<i>Collège des gestionnaires</i>
M ^{me} Marie-Claude Blais Département de psychologie, UQTR	<i>Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux</i>
M ^{me} Marie-Josée Drolet Département d'ergothérapie, UQTR	<i>Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé</i>
M ^{me} Marie-Pier Landry Cégep de Victoriaville	<i>Collège de l'enseignement collégial</i>
M. Jacques Roy Centre de réadaptation en dépendance Dorval de la Mauricie-Centre du Québec M ^{me} Josée Rossignol CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Membres observateurs
M. André Sauvé Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

Résultats atteints

La commission a tenu quatre rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- la campagne d'information nationale sur le DSQ;
- la mise en place d'un centre régional en gestion de la douleur chronique;

- la campagne d'information nationale sur l'assurance autonomie;
- le Plan d'action 2013-2015 du Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- la démarche d'élaboration du plan stratégique régional 2015-2020;
- la planification stratégique ministérielle 2015-2020;
- les dossiers prioritaires de la Direction des soins infirmiers du MSSS;
- les objectifs, priorités et dossiers statutaires de la table régionale en soins infirmiers.

Liste des membres de la commission infirmière régionale (au 31 mars 2014)

M ^{me} Geneviève Beaulé CRDP InterVal M ^{me} Josée Panneton CSSS de Trois-Rivières M ^{me} Annie-Claude Frgon CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable M ^{me} Anne Bolduc CSSS Drummond	<i>Comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers (CII)</i>
M ^{me} Michelle Carignan CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan M ^{me} Sandra Denoncourt CSSS de Maskinongé	<i>Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires</i>
M ^{me} Hélène Hinse CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Poste vacant	<i>Collège des gestionnaires des soins infirmiers</i>
M ^{me} Patricia Germain Département des sciences infirmières, UQTR	<i>Collège de l'enseignement universitaire</i>
M ^{me} Josée Brière Cégep de Trois-Rivières	<i>Collège de l'enseignement collégial</i>
M ^{me} Peggy Richard CSSS de l'Énergie	<i>Infirmière praticienne spécialisée (membre cooptée)</i>
M ^{me} Ginette Chénard Pour le président-directeur général de l'Agence	Membre d'office

M ^{me} Andréanne Therrien CSSS de Trois-Rivières	Membres observatrices
M ^{me} Laurie Desrochers CSSS du Haut-Saint-Maurice	

LES INSTANCES CONSULTATIVES À LA PRÉSIDENTE-DIRECTION GÉNÉRALE

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Résultats atteints

Le comité de direction du DRMG a tenu huit rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont notamment été abordées :

- les PREM en omnipratique et infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL);
- les nouvelles dispositions du guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) et l'application de la lettre d'entente n° 245 relative à la rémunération des médecins;
- la révision des règlements de régie interne et des processus de désignation au comité de direction du DRMG;
- l'accès aux services médicaux spécialisés;
- le déploiement de l'accueil clinique du CSSS de Trois-Rivières vers les CSSS en périphérie;
- le 3^e renouvellement des accréditations et l'accréditation des nouveaux GMF;
- les dossiers médicaux électroniques en GMF;
- l'informatisation des GMF et du réseau.

Liste des membres du comité de direction du DRMG (au 31 mars 2014)

D ^{re} Manon Bernier Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable	D ^r Guy Grenier Table médicale territoriale de Maskinongé
D ^r Oliver Roy Table médicale territoriale de Trois-Rivières	D ^r Jocelyn Hébert Table médicale territoriale de Bécancour-Nicolet-Yamaska
D ^r Réjean Duplain Représentant de la Faculté de l'Université de Montréal – Campus Mauricie	D ^r Dany Sirois Table médicale territoriale de l'Énergie
D ^r Benoît Gervais Table médicale territoriale de Drummondville	D ^{re} Christine Jacques Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan
D ^r Guy Gingras Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice	M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Résultats atteints

Le comité de direction de la TRCDMS a tenu quatre rencontres en 2013-2014. Les questions abordées au cours de ces réunions sont notamment les suivantes :

- l'optimisation des laboratoires OPTILAB;
- l'accès aux services médicaux en imagerie médicale;
- la campagne d'information nationale sur le DSQ;
- la situation de l'anatomopathologie;
- les corridors de services en néonatalogie;
- les résultats des travaux de divers comités de travail :
 - accidents vasculaires cérébraux (AVC),
 - réadaptation neurovasculaire.

Liste des membres du comité de direction de la TRCDMS (au 31 mars 2014)

D ^r Étienne Bureau Membre coopté, chirurgie CSSS de Trois-Rivières Représentant de la Mauricie	D ^r Daniel Carier Membre élu, médecine CSSS Drummond
D ^r Jean-Claude Cantin Membre coopté, pédiatrie CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	D ^r Michel Leblanc Membre coopté, médecine nucléaire CSSS de Trois-Rivières
D ^r Christian Carrier Membre élu, médecine de laboratoire CSSS de Trois-Rivières	D ^r Bruno Robert Membre coopté, anesthésiologie CSSS Drummond
D ^{re} Marie-Claude Parent Membre cooptée, psychiatrie CSSS Drummond	D ^r Jean-François Poissant Membre élu, chirurgie CSSS de l'Énergie
D ^r Georges Desrochers Membre coopté, médecine CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable Représentant du Centre-du-Québec	D ^{re} Chantale Raymond Membre cooptée, gynécologie obstétrique CSSS Drummond
D ^r Réjean Duplain Membre coopté Faculté de médecine, Université de Montréal	M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Résultats atteints

Le CRSP a tenu quatre rencontres en 2013-2014. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont entre autres été abordées :

- le suivi du déploiement du DSQ dans les pharmacies de la région;
- le bilan comparatif des médicaments lors de l'admission des usagers en établissement de santé;
- la rupture d'approvisionnements des médicaments;
- le projet de loi 41 qui permettra aux pharmaciens de poser de nouveaux actes professionnels;
- les ordonnances collectives nationales.

Liste des membres du comité régional sur les services pharmaceutiques (au 31 mars 2014)

M ^{me} Geneviève Nadcau Présidente, membre nommée Pharmacienne en établissement, RLS Drummond	M. Louis Trudel Membre nommé Pharmacien propriétaire, RLS Trois-Rivières
M ^{me} Hélène Lamy Membre élue Pharmacienne en établissement, RLS Centre-de-la-Mauricie	M ^{me} Chantal Morissette Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières
M ^{me} Sophie Vincent Membre nommée Pharmacienne communautaire, RLS Trois-Rivières	M. Yvon Rousseau Membre nommé Pharmacien-chef, RLS Maskinongé
M ^{me} Isabelle Houle Membre nommée Pharmacienne-chef, RLS Haut-Saint-Maurice	M. Gaétan Lamy Membre d'office Président-directeur général de l'Agence

LE COMITÉ POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

Résultats atteints

Le comité d'accès à des services en langue anglaise a tenu une rencontre en 2013-2014 au cours de laquelle les membres ont pris connaissance des résultats du sondage, réalisé par le Megantic English-Speaking Community Development Corporation auprès de la communauté anglophone, d'une étude réalisée au printemps 2013 sur les services d'interprétariat du Service d'accueil aux néo-Canadiens de Sherbrooke et a donné son avis sur l'appel de projets 2014-2018 du Réseau communautaire de santé et de services sociaux dans le cadre du programme Adaptation des soins de santé et services sociaux.

Liste des membres du comité pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (au 31 mars 2014)

M ^{me} Carol Chiasson Trois-Rivières	M ^{me} Charlotte Douseff Trois-Rivières
M. Stéphane Roy Shawinigan	M ^{me} Elana Mac Dougal Trois-Rivières
Poste vacant	M. Geoffrey Mecham Sainte-Clothilde-de-Horton

LA QUALITÉ ET LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX¹

Conformément à l'article 340 de la LSSSS, l'Agence doit s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, différentes activités sont réalisées, notamment sur les sujets suivants : la gestion des risques, l'utilisation des mesures de contrôle et le suivi des rapports du coroner.

LA GESTION DES RISQUES

Le MSSS publie deux fois par année un rapport semestriel sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Ce rapport présente les données issues d'un registre national sur les événements indésirables dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Pour l'année 2013-2014, 30 651 événements ont été déclarés dans la région. Il s'agit d'une augmentation de 10 % des événements déclarés, et ce, comparé à l'an dernier. Cette augmentation s'explique par une meilleure transmission des données régionales au registre national, puisque pour la première fois, tous les établissements ont réussi à transmettre l'ensemble de leurs données malgré le court délai accordé. À l'instar de l'an dernier, la majorité des événements déclarés suivent la tendance nationale, c'est-à-dire que les chutes (41 %) et la médication (34 %) sont les événements les plus fréquents. Bien qu'il s'agisse d'un nombre relativement important d'événements, soulignons que la très grande majorité d'entre eux n'ont eu aucune conséquence importante sur les personnes. De plus, il convient de mettre en perspective ces résultats en considérant les centaines de milliers d'interventions et de gestes posés par le personnel du réseau régional. Comme le risque d'incidents et d'accidents est bien réel, il importe que ces événements soient connus pour que l'on puisse en faire l'analyse et apporter des correctifs dans un objectif de prévention. Enfin, soulignons également que lorsqu'un accident a des conséquences sur l'utilisateur, ce dernier doit en être informé. En 2013-2014, l'information a été divulguée dans 96,6 % des cas, ce qui est supérieur à la moyenne provinciale (85,7 %).²

Par ailleurs, la publication du rapport semestriel a mis en évidence la pertinence d'harmoniser davantage les pratiques de déclaration de ces événements. À cet effet, des travaux régionaux ont été priorités dans le plan d'action 2013-2015 afin

¹ Note : Pour prendre connaissance des résultats liés à la satisfaction des usagers, au traitement de leurs plaintes et au respect de leurs droits, consultez le Rapport 2013-2014 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, accessible au www.agencesss04.qc.ca.

² Période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013.

de réaliser un guide d'application régional sur la déclaration des incidents et accidents. Ainsi, en améliorant la saisie des données aux plans local et régional, cela contribuera à une connaissance plus juste des événements qui surviennent et, par conséquent, à la mise en place de mesures correctives mieux ciblées. Étant donné que la déclaration des incidents et des accidents comprend plusieurs volets pour lesquels des clarifications sont nécessaires, il est apparu pertinent d'élaborer ce guide de façon progressive.

Un premier volet portant sur la déclaration des chutes s'est implanté dans la dernière année. Au 31 mars 2014, 64 % des établissements avaient terminé la démarche d'implantation auprès de l'ensemble du personnel visé et 91 % avaient diffusé les outils concernant la déclaration des chutes aux cadres concernés et au comité de gestion des risques. L'implantation complète de ce volet devrait être terminée au plus tard l'automne prochain.

Un second volet portant sur la déclaration des erreurs liées à la médication est en cours de réalisation. Le document devrait être diffusé dans les prochaines semaines et les établissements procéderont à son implantation dans les prochains mois. L'implantation de ce second volet devrait être complétée pour le 31 mars 2015.

Ces travaux sont conduits par un groupe de travail qui relève de la table régionale des responsables qualité. Ce groupe est composé des gestionnaires de risques des différentes missions d'établissement et l'Agence en assure la coordination.

En terminant, soulignons que tous les établissements ont entrepris des actions en matière de gestion des risques, notamment par le biais des plans d'amélioration mis en place suite à l'agrément, afin de s'assurer d'offrir des soins et des services qui soient sécuritaires et de qualité. De plus, des formations régionales ont été offertes afin de maintenir et de développer l'expertise en gestion des risques, soit une formation sur le cadre canadien d'analyse des incidents et accidents, l'une sur l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets, puis une formation sur la gestion intégrée des risques.

LES MESURES DE CONTRÔLE

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle introduisent différentes obligations aux établissements dans le but d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services qui tient compte des droits des usagers. En ce sens, les orientations du MSSS visent à limiter le recours aux mesures de contrôle, à en réduire la durée d'application et à assurer un suivi rigoureux dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.

Afin de suivre l'évolution des pratiques à cet égard et de s'assurer du respect des orientations ministérielles, la région s'est dotée d'un guide régional d'application des mesures de contrôle qui vise à réduire le recours aux mesures de contrôle, à soutenir la révision des protocoles des établissements, à harmoniser les pratiques et à déterminer des indicateurs communs au plan régional. L'implantation de ce guide s'est poursuivie en 2013-2014, principalement en CSSS, au CRDITD MCQ – IU et au CRDP InterVal. Par ailleurs, tous les établissements disposent d'un protocole d'application des mesures de contrôle, conformément à leur obligation légale.

À l'instar de l'année dernière, des formations ont été offertes dans au moins neuf établissements. Ces formations visent à s'assurer d'une utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle. Au cours de la dernière année, c'est donc plus de 1 788 personnes qui ont participé à ces formations, que ce soit lors de leur embauche ou dans le cadre d'une formation continue. Pour la plupart des établissements, ces formations sont offertes en association avec le programme de prévention des chutes et l'utilisation de mesures alternatives (tapis de chute, coussin antiglisement, moniteur sensoriel, etc.).

Tel que prévu dans le plan d'action 2013-2015, les démarches se sont poursuivies pour favoriser l'utilisation d'indicateurs communs, lesquels permettront de dresser un portrait régional de l'application des mesures de contrôle et d'identifier, s'il y a lieu, des actions communes favorisant le respect des orientations ministérielles en cette matière.

Dans les rapports annuels de gestion diffusés dans la dernière année, 80 % des établissements avaient présenté l'information sur les indicateurs communs retenus, permettant de dresser un premier portrait partiel de l'utilisation des mesures de contrôle en région. Bien que partielles, les informations recensées nous permettent de constater :

- une diminution significative des taux d'utilisation des mesures de contrôle depuis la diffusion des orientations ministérielles et le déploiement d'un programme national de formation;
- une augmentation de l'utilisation des mesures alternatives (tapis de chute, coussin antiglisement, moniteur sensoriel, etc.), lesquelles favorisent la liberté de mouvement tout en assurant la sécurité des usagers;
- une révision du protocole d'application dans neuf établissements, afin de tenir compte des nouvelles orientations introduites par le MSSS dans son *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention et isolement*; cette révision est en cours dans les autres établissements.

Enfin, l'expérience de reddition de comptes menée cette année auprès des établissements a permis de constater qu'il est difficile d'uniformiser l'information présentée dans les rapports annuels de gestion. En effet, chacun des rapports est adapté à la mission et aux activités de l'établissement. Devant ce constat, une cueillette de données spécifique sera privilégiée pour élaborer le portrait régional 2014-2015 de l'utilisation des mesures de contrôle.

LES RAPPORTS DU CORONER

L'Agence veille à ce qu'un suivi soit accordé à l'ensemble des recommandations formulées par le coroner et identifie, s'il y a lieu, des interventions régionales à réaliser en vue de prévenir les accidents évitables.

Pour l'année 2013-2014, cinq rapports d'investigation du coroner ont été adressés à quatre établissements de la région. Les recommandations portaient principalement sur la révision des interventions appliquées pour s'assurer de leur conformité avec les standards de pratique. Le suivi requis a été réalisé par l'ensemble des établissements concernés.

Une recommandation du coroner portant sur la dangerosité des lits rabattables horizontaux a également été adressée à l'ensemble des agences de la santé et des services sociaux au Québec par mesure préventive. En suivi à cette recommandation, l'Agence a informé l'ensemble des résidences privées pour aînés (RPA) des mesures à prendre lorsque ce type de lit est utilisé. L'information a également été transmise à l'ensemble des établissements dont les intervenants font des interventions à domicile.

Enfin, soulignons que l'Agence diffuse, à titre préventif, les recommandations du coroner pouvant s'appliquer à plus d'un établissement afin d'éviter que ne surviennent des accidents et des décès similaires.

LES VISITES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE EN CHSLD

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec compte 31 installations CHSLD sur son territoire (29 CHSLD publics et 2 privés conventionnés). En 2013-2014, le MSSS a procédé à l'évaluation de 14 installations CHSLD en collaboration avec l'Agence. De plus, des partenaires représentant les droits des résidents et des aînés se sont joints à l'équipe de visite au cours de l'année. Lors de ces visites, plus de 100 critères sont évalués par le biais d'observations, d'entrevues et de consultation de documents.

À la suite des visites d'évaluation, le MSSS émet ses recommandations par le biais d'un rapport et l'Agence assume la responsabilité du suivi du plan d'amélioration élaboré par l'établissement visité. En 2013-2014, l'Agence a accompagné les

établissements dans l'élaboration de leurs plans d'amélioration, soutenu ceux-ci dans l'actualisation de leurs recommandations et réalisé 22 visites de suivi dans 18 installations de la région. Ces visites ont permis non seulement à l'Agence de constater l'évolution de l'actualisation des recommandations, mais également d'amorcer le développement d'une culture de partage de bons coups entre les établissements afin de rehausser la qualité de vie des résidents à travers la région de la Mauricie et du Centre-Québec, et même au-delà des limites de notre territoire. Les rapports de visite ainsi que l'évolution du suivi des plans d'amélioration demeurent disponibles au public sur le site Internet de l'Agence et des établissements de la région.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS

Il appartient à l'Agence de procéder à la certification des résidences privées pour aînés de son territoire. Aussi, de manière continue et en collaboration avec les partenaires impliqués, l'Agence mène les actions nécessaires au maintien de la conformité des RPA de la région quant aux critères de certification. L'Agence accompagne aussi les ressources qui doivent renouveler leur certification, effectue des suivis de gestion et réalise des visites d'inspection.

L'environnement des RPA a subi différentes modifications, notamment par l'arrivée d'une nouvelle réglementation issue du projet de loi n° 16, des modifications aux règles de la Régie du logement et des modifications à la Loi sur le bâtiment.

De manière plus spécifique, en 2013-2014 :

- L'Agence a réalisé plus de 20 rencontres de travail avec la très grande majorité des propriétaires portant sur la nouvelle réglementation.
- L'Agence a également rencontré plusieurs intervenants du soutien à domicile des CSSS ainsi que les préventionnistes des services de sécurité incendie.
- En collaboration avec la commission scolaire, plusieurs séances de travail se sont déroulées avec les exploitants au sujet de leurs obligations concernant la formation pour les préposés.
- Le comité de certification de l'Agence a tenu 6 rencontres et a recommandé la délivrance d'un certificat de conformité à 71 résidences privées pour aînés au cours de l'année. Il a également analysé plusieurs situations où étaient questionnés certains éléments de conformité (relocalisation, préavis de non-certification, fermeture et autres sujets) et formulé des orientations à cet effet.

LA CERTIFICATION DES RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

L'Agence a soutenu les ressources en processus de certification en les informant sur la réglementation et en offrant un accompagnement, au besoin. Au terme de l'année 2013-2014, le comité de certification mis en place par l'Agence pour analyser et recommander l'émission des certificats de conformité avait attribué la certification à quatre ressources. Le comité a aussi transmis ses orientations relativement aux problématiques soumises à son attention.

■ LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- Au cours de l'année 2013-2014, 47 183 transports ambulanciers ont été effectués, ce qui inclut les appels d'urgence provenant de la population et ceux provenant des différents centres hospitaliers de la région. Le CCS a également sollicité 2 249 ressources de type premiers répondants.
- L'Agence a offert un total de 117 jours de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets portaient entre autres sur la formation dyspnée sévère jours 2 et 3, et la formation médico-légale 2012. Aussi, une formation régionale portant sur l'implantation des corridors de services pour les AVC et les modalités de l'entente avec les sages-femmes a été terminée à l'automne 2013.
- Lors de la dernière année, 4 171 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 1 739 protocoles médicaux (médicaments et ECG 12-D), 314 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 3 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires et anaphylaxie), 458 protocoles de réanimation, 696 protocoles de traumatologie et 961 protocoles de refus de services.
- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 89,6 %. Au cours de l'année, la consolidation du Programme d'amélioration continue de la qualité a permis d'améliorer le taux de conformité et également de prévenir la récurrence des écarts aux protocoles.
- Le Collège Shawinigan a formé 148 premiers répondants. De plus, deux nouvelles municipalités se sont ajoutées à notre réseau de services de premiers répondants. Tout d'abord, la Régie intermunicipale Des Chutes comprenant les municipalités de Daveluyville, Maddington et Sainte-Anne-du-Sault a mis en opération au mois d'avril 2013 un service de premiers répondants de niveau 2. Ainsi, 16 pompiers ont été formés afin de répondre à des appels d'urgence. D'autre part, la Ville de Victoriaville a mis en place depuis septembre 2013 un service de premiers répondants de niveau 1. Ainsi, 63 pompiers ont reçu une formation de 16 heures.
- Le projet d'implantation des défibrillateurs dans les autopatrouilles de la Sûreté du Québec s'est mis en place dans la région. Au total, 46 journées de formation pour l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé ont été dispensées à 291 policiers. Cette formation comprenait également la révision des techniques de base en réanimation cardiorespiratoire (RCR). Au total, 46 défibrillateurs sont en circulation dans les MRC d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Drummondville.
- La Fondation ACT forme des enseignants comme « Instructeurs en RCR et DEA ». Cette année, 4 nouvelles écoles offrent le Programme de RCR au secondaire. De plus, 10 écoles sont maintenant équipées d'un DEA. De façon plus précise, en Mauricie, 2 123 élèves ont été formés par 66 enseignants-instructeurs. Au Centre-du-Québec, 2 287 élèves ont été formés par 45 enseignants-instructeurs. Au total, ce sont 4 410 élèves de la région qui ont bénéficié de ce programme.
- Des travaux d'agrandissement ont été réalisés au CCS de la Mauricie et du Centre-du-Québec au cours de la dernière année. Ceux-ci ont permis de doubler la superficie ainsi que d'acquérir de nouveaux équipements technologiques pour répondre aux demandes croissantes en matière d'interventions préhospitalières et satisfaire à de hauts standards de qualité.

■ LA SANTÉ PUBLIQUE

LES AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2013-2014, la DSP a émis des avis ou communiqués sur différents sujets :

- l'avis sur l'interaction des médicaments avec la chaleur accablante;
- l'avis sur la pertinence d'évaluer le radon dans la municipalité de Durham-Sud;
- l'avis sur l'absence d'un agrégat de maladie dans une municipalité de la Mauricie;
- l'avis sur la problématique vécue par les papetières de la région en lien avec la légionellose;
- l'avis sur la présence de moisissures dans un édifice public à Drummondville;
- plusieurs avis sur des situations d'insalubrité dans des édifices à logements de la région.

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

En 2013-2014, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population, notamment sur les inégalités de santé :

- le lancement d'un site Web www.aisbe-mcq.ca qui présente le portrait de santé ainsi que la réalité sociale et économique de chaque quartier et village de la région; ces informations permettent d'implanter des projets et des services encore plus adaptés aux besoins de la population;
- l'initiation d'un projet pilote en cessation tabagique, en collaboration avec le CSSS Drummond et la Tablee populaire, pour mieux rejoindre les clientèles plus vulnérables.

Également, plusieurs autres actions ont été effectuées pour inviter la population à adopter de saines habitudes de vie et pour l'informer sur différents sujets en santé environnementale et en maladies infectieuses. Par exemple :

- la réalisation d'une campagne de prévention destinée à la population sur le radon;
- la réalisation d'une campagne télévisée et radiophonique pour promouvoir la vaccination contre la grippe et la prévention des infections.

LE VOLET PRÉVENTION-PROMOTION

Les saines habitudes de vie : l'alimentation, le mode de vie physiquement actif et le non-tabagisme

La DSP a soutenu les CSSS dans la réalisation de campagnes sociétales et dans l'accompagnement des milieux scolaires, de travail, communautaires et municipaux dans la promotion de saines habitudes de vie (Défi Santé 5/30 Équilibre, Plaisirs d'hiver, programme 0-5-30, programme Viactive, etc.). De plus, l'Agence a apporté un soutien financier, produit différents outils, organisé des formations et assuré la coordination des activités réalisées dans la région, en étroite collaboration avec les équipes locales en saines habitudes de vie des CSSS. Des appuis financiers locaux ont été apportés afin de soutenir certains

CSSS dans la bonification des services offerts par leur centre d'abandon du tabac. Le développement d'initiatives sur mesure a su permettre l'émergence de projets novateurs en prévention dans certains milieux cliniques de notre région et ainsi soutenir des médecins, des infirmières et des pharmaciens à offrir des services préventifs auprès de leur clientèle.

Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012

L'Agence assume la coordination de la mise en œuvre du plan en Mauricie et au Centre-du-Québec. La directrice régionale de santé publique préside ainsi les deux comités stratégiques formés au sein des conférences administratives régionales de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'Agence soutient aussi l'action des comités intersectoriels régionaux, s'assure de la mobilisation des partenaires, réalise le suivi et l'évaluation des projets régionaux en phase de finalisation, effectue de la sensibilisation aux environnements favorables pour de saines habitudes de vie et en assure le déploiement et dirige les travaux d'élaboration des deux plans d'action régionaux ciblant les enfants et les adolescents de 0-17 ans.

L'harmonisation de l'offre de services en prévention et promotion en milieu scolaire (approche École en santé)

L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a conçu un guide permettant d'harmoniser l'offre de services en prévention et promotion destinée au milieu scolaire. Un plan de mise en œuvre a été conçu pour accompagner le déploiement de l'offre de service au niveau primaire en cours sur l'ensemble du territoire.

De plus, l'Agence, en collaboration avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), soutient une communauté de pratique dans le cadre de la démarche École en santé. Aussi, un portrait régional de l'offre de services cliniques dans les écoles secondaires a été réalisé. Un plan d'action permettra d'améliorer l'organisation et l'offre de services préventifs jugés prioritaires à offrir dans l'ensemble des territoires.

Le soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées en sécurité alimentaire

Parmi les actions réalisées en 2013-2014, signalons :

- un soutien à plusieurs organismes communautaires de la région a été alloué pour la réalisation d'activités en autonomie et en dépannage alimentaire;
- le déploiement régional de l'action partenariale *Se nourrir, agir et se développer* qui vise à accompagner les groupes de distribution alimentaire;
- la sensibilisation des acteurs de la santé publique et des partenaires intersectoriels sur l'accessibilité pour tous à une saine alimentation dans la région par la diffusion des faits saillants de l'étude sur le coût du panier à provisions nutritif;
- la formation en hygiène et salubrité offerte aux organismes communautaires et caritatifs en contexte d'aide alimentaire.

Prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

La prévention des chutes est réalisée à travers les interventions spécifiques que proposent les programmes PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) et IMP (Intervention multifactorielle personnalisée). Ces programmes sont adaptés en fonction des caractéristiques des clientèles auxquelles ils s'adressent. Les actions portent sur l'évaluation du risque de chute et l'orientation du client pour une évaluation des multiples facteurs de risque. Des crédits de développement alloués depuis 2011 permettent aux établissements de consolider et d'implanter leurs programmes. Le continuum est actuellement déployé dans tous les territoires et l'Agence en évalue la progression tout en offrant du soutien aux établissements dans leurs travaux, notamment par la formation des intervenants.

Les programmes en périnatalité et petite enfance

L'Agence soutient et accompagne les établissements dans la réalisation des travaux d'implantation et en évalue la progression. Depuis l'allocation des crédits en 2012, l'offre spécifique de services se poursuit relativement à l'avis de grossesse dans l'ensemble des territoires ainsi que l'offre de rencontres prénatales gratuites à l'ensemble de la clientèle. Se poursuivent également l'harmonisation de l'information prénatale, la systématisation du suivi postnatal pour toute la clientèle, le soutien en allaitement ainsi que le développement de l'expertise pour répondre aux problèmes complexes et, finalement, le suivi des familles des services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE).

L'avènement de l'avis de grossesse sur l'ensemble des territoires a permis de rejoindre un plus grand nombre de femmes enceintes augmentant du coup les demandes de services prénataux, dont celles du programme OLO, et de rencontres prénatales auprès des clientes multipares.

De plus, la diffusion des résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 soulève l'importance de la mobilisation régionale pour la préparation à l'entrée scolaire.

Finalement, le soutien personnalisé dans le cadre du programme Initiative des amis des bébés (IAB) aura permis à la Maison de naissance de la Rivière du CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska d'obtenir l'agrément IAB. C'est une première dans la région.

L'action intersectorielle

La santé et le bien-être de la population résultent de l'influence de nombreux facteurs dont les conditions de vie qui sont déterminantes. L'Agence s'associe à diverses initiatives qui permettent d'améliorer les conditions dans lesquelles les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées se développent, travaillent, communiquent et vivent. L'Alliance pour la solidarité et l'inclusion sociale, le soutien à des municipalités dévitalisées, le développement social, l'égalité entre les hommes et les femmes, la réussite éducative et l'autonomie alimentaire sont autant de démarches portées par divers partenaires et soutenues financièrement ou professionnellement par l'Agence.

Dans le domaine du développement des communautés, la DSP travaille avec les CSSS afin qu'ils renforcent leur soutien aux initiatives locales pour l'amélioration des conditions de vie des plus vulnérables et qu'ils adaptent leurs interventions cliniques selon la réalité des personnes qui reçoivent des services.

Les objectifs poursuivis par l'exercice de la responsabilité populationnelle rendent incontournables de travailler avec les partenaires intersectoriels pour soutenir le développement des communautés et agir sur les déterminants de la santé et du bien-être.

LE VOLET PROTECTION

Les maladies à déclaration obligatoire

Plusieurs infections doivent être déclarées obligatoirement à la santé publique par les médecins et laboratoires de la région : ce sont les maladies dites à déclaration obligatoire (MADO). En 2013-2014, l'équipe en maladies infectieuses a reçu 2 356 déclarations et a mené, pour chacune, les interventions de santé publique pertinentes.

L'immunisation

Débutée en 2013, une démarche régionale de révision de l'organisation de la vaccination chez les enfants de 0-5 ans, coordonnée par l'Agence avec le soutien d'une équipe de chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), se poursuit. Les travaux ont permis de réaliser un portrait détaillé de l'organisation actuelle des services au sein de chaque CSSS et de l'équipe régionale de l'Agence. À partir de ce portrait, un modèle optimal est proposé et une phase d'expérimentation de la mise en œuvre d'activités jugées pertinentes ou prouvées efficaces s'amorce.

La santé environnementale

La DSP est aussi responsable du dossier de la santé environnementale pour l'ensemble de la région. Parmi ses interventions en 2013-2014, signalons :

- Le travail de vigie et de protection relativement aux certificats d'analyse d'eau potable concernant la qualité microbiologique et physico-chimique des réseaux réglementés.
- La réalisation de campagnes de presse et d'information sur les risques à la santé s'adressant aux citoyens et aux différents partenaires (municipalités, CSSS, etc.). Citons le radon, la chaleur accablante, l'herbe à poux et le monoxyde de carbone comme sujets principaux.
- L'analyse du projet de construction d'une usine d'engrais à Bécancour et la participation aux consultations du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement comme spécialiste de la santé.
- La réponse et le soutien technique à 118 demandes de service de la population, sur différents sujets : problèmes de qualité d'air ou de nuisances à l'intérieur (principalement en lien avec les moisissures et les punaises de lit), la réponse à des regroupements de citoyens sur des problématiques collectives (suspicion d'agréats de cancer, plaintes en lien avec un projet industriel, etc.).
- La mise en place et la signature d'un protocole d'entente de collaboration pour les situations d'insalubrité morbide avec la Ville de Victoriaville et le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

La santé au travail

La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise de la directrice de santé publique, le mandat de la santé au travail. L'équipe régionale de santé au travail a pour mandat d'évaluer les programmes de santé, de collaborer aux démarches de l'équipe des maladies à déclaration obligatoire et d'élaborer, en collaboration avec les CSSS, les outils nécessaires pour offrir des services équitables et de qualité aux employeurs et travailleurs de la région. Aussi, dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées en 2013-2014, les deux CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie et Drummond) ont rendu des services dans 99 % des entreprises ciblées (684/689). En ce qui concerne le programme Pour une maternité sans danger, l'ensemble des 2 589 demandes de consultation a été traité.

LE VOLET SURVEILLANCE-ÉVALUATION

Cette équipe veille à l'actualisation du plan commun de surveillance pour la région, et ce, en conformité avec les exigences de la Loi sur la santé publique. Elle réalise aussi, pour différentes clientèles et territoires, des évaluations de projets particuliers, des portraits de l'état de santé, ainsi que des tableaux d'indicateurs sociosanitaires. En 2013-2014, l'équipe a mis à jour les portraits de santé de la région et de chaque RLS. On y dénote que la région se démarque favorablement du Québec quant au soutien social ressenti par sa population ou au sentiment d'appartenance à sa communauté.

De nombreuses rencontres avec les partenaires du réseau de la santé et du domaine de l'éducation ont aussi été réalisées pour que l'ensemble des intervenants s'approprie les données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 et de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle 2012.

■ LA COORDINATION INTERSECTORIELLE

LES AGRESSIONS SEXUELLES ET LA VIOLENCE CONJUGALE

- La cinquième édition du Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale, tenue en juin 2013, a mobilisé près de 150 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.
- Les participants à cet événement ont pu échanger sur les pratiques de pointe en prévention, le dépistage et l'intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Des initiatives des différents secteurs ont aussi été mises en lumière, pour ainsi favoriser le réseautage.
- Onze formations sur l'identification précoce de la violence conjugale ont été données à 92 professionnelles de la coiffure dans le cadre du programme Soyons de mèche! Cette formation théorique et pratique a été élaborée afin qu'elles développent les habiletés requises pour reconnaître les signes de violence conjugale chez leurs clientes et référer celles-ci vers des ressources d'aide.
- Une activité de développement des compétences en matière de violence conjugale qui s'adresse aux intervenantes et intervenants des différentes équipes des CSSS a été élaborée par l'ensemble des intervenantes désignées en violence conjugale des établissements de la région. Le but de cet outil de formation *Démasquons la violence* est de rafraîchir certaines notions au niveau de l'identification précoce de la violence conjugale et d'identifier les ressources du milieu.
- Quatre formations sur l'entente multisectorielle ont été dispensées auprès des commissions scolaires de la Rivéraine, du Chemin-du-Roy, des Bois-Francs et de l'Énergie. Près de 300 membres du milieu scolaire ont été formés.
- Cinquante personnes ont été formées sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Ces intervenants provenaient des centres désignés, du milieu policier et de la justice.

L'ITINÉRANCE

L'Agence a poursuivi ses actions visant la prévention et la réduction du phénomène de l'itinérance, d'une part à titre de partenaire dans le déploiement de deux programmes fédéraux de contribution financière (SPLI et PSFTT) et, d'autre part, en assumant le soutien à la réalisation de mesures du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, entre autres par la coordination du comité directeur intersectoriel en itinérance de Trois-Rivières.

La Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) 2011-2014

Responsable du projet de mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières, l'Agence a, depuis 2011, coordonné l'élaboration, soutenu la mise à jour, la réalisation et le suivi des plans présentés dans le cadre de ce programme fédéral. À l'échéance du programme en février 2014, l'Agence a procédé à l'analyse d'une douzaine de projets, présentés par autant de promoteurs, dans le cadre d'un appel d'offres pour la reconduction des projets pour une année transitoire en 2014-2015.

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT)

Ce second programme fédéral vise l'amélioration de l'offre de service auprès de la clientèle en itinérance. Une première mesure, visant la réalisation de projets de réinsertion sociale, a permis la mise en œuvre de quatre projets : deux projets communautaires pour la mise en place d'agents de liaison à Trois-Rivières et Drummondville, un projet au Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie—Centre-du-Québec pour la liaison et un projet pour l'Agence pour le comité de soutien à l'intersectorialité aux autres régions du Québec.

L'action intersectorielle

L'Agence a poursuivi son travail de coordination et de soutien au comité intersectoriel en itinérance mis en place en 2010 et quatre rencontres annuelles ont été réalisées. De plus, en mai 2013, une journée bilan a été organisée et a regroupé plus de 80 personnes du RLS de Trois-Rivières provenant de différents secteurs reliés à l'intersectorialité.

L'Agence a aussi relancé les travaux du comité justice et itinérance pour tenter de mettre en place des protocoles visant à améliorer les interfaces et les liaisons entre le secteur de la justice et celui de la santé.

Enfin, il faut noter que de septembre 2013 à avril 2014, l'Agence a coordonné, à la demande du MSSS, un groupe d'expertise national pour soutenir la mise en place de comités directeurs intersectoriels dans plusieurs régions du Québec.

Finalement, l'Agence a participé au Forum sur le projet de politique nationale en matière d'itinérance sous la présidence de la ministre Véronique Hivon.

LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

Le Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2012-2015 a été adopté par le comité d'orientation régional le 30 mai 2012.

Les principales actions réalisées en 2013-2014 par le réseau de la santé et des services sociaux sont les suivantes :

- La réalisation d'une campagne publicitaire d'envergure avec le soutien financier de la Conférence régionale des élus de la Mauricie.
- L'implantation du projet pilote d'entente sociojudiciaire pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.
- L'implantation d'une grille d'évaluation et de repérage des facteurs de risque à la maltraitance dans l'ensemble des CSSS.
- L'implantation d'un algorithme présentant la trajectoire des demandes de service en maltraitance en CSSS.
- L'adoption par les directions de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) d'un document précisant les rôles et responsabilités des répondants en maltraitance dans les CSSS.
- L'organisation d'un colloque régional qui avait comme objectifs de mobiliser les acteurs du milieu face à la lutte à la maltraitance, de faire connaître des initiatives novatrices et de trouver des pistes de solution pour améliorer le soutien, l'accompagnement et l'intervention concertée. Par cette activité, 200 intervenants provenant notamment du réseau de la santé, des corps policiers, du milieu communautaire et d'associations d'âinés étaient présents à cet événement.
- L'élaboration d'un outil de repérage sous forme d'aide-mémoire à l'intention des patrouilleurs des différents corps policiers.
- Le CSSS Cavendish qui a formé huit nouveaux formateurs de quatre établissements de la région.

De plus, des séances d'information en lien avec le projet d'entente sociojudiciaire ont été faites auprès des chefs de programme au soutien à domicile, des répondants en maltraitance dans les CSSS, des dirigeants de la Sûreté du Québec ainsi qu'au comité technique du ministère de la Sécurité publique. Signalons également que les différents organismes du milieu ont réalisé diverses actions en lien avec le Plan d'action régional pour contrer la maltraitance.

SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

- Un exercice de simulation d'urgence sur le pont Laviolette appelée *Opération Acier Tordu* a eu lieu en octobre 2013. Cet exercice a mobilisé une cinquantaine de personnes du réseau de la santé et des services sociaux de la région et a permis de tester le niveau de préparation du réseau lors d'une urgence majeure, de bonifier les modes de fonctionnement ainsi que les mécanismes de liaison. Les CSSS, l'Agence et le Centre de communication santé ont démontré qu'ils étaient prêts à réagir à la venue massive de patients.
- Un projet pilote, visant à préparer les citoyens à mieux connaître et à prévenir les risques, mais également à savoir quoi faire advenant une situation d'urgence, a été développé conjointement avec la Ville de Victoriaville, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et l'Agence. Appelé *Je suis prêt en cas d'urgence*, le projet a pour objectif de développer des actions préventives de communication des risques à la population en impliquant le citoyen.
- L'Agence a participé activement au Forum en sécurité civile – Santé et Services sociaux en mai dernier qui se déroulait sous le thème *À l'heure des défis, affirmons notre leadership*. La responsabilité populationnelle de même qu'un tour d'horizon des aspects régionaux et locaux de la sécurité civile au regard du secteur sociosanitaire ont été présentés par des ressources de l'Agence. Par ailleurs, la Politique ministérielle de sécurité civile – Santé et Services sociaux y a été présentée. La région a collaboré de manière importante à son élaboration. Elle sera implantée dans les prochains mois.

LES MÉCANISMES D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION

Au cours de la dernière année, une démarche de consultation interne a été amorcée avec le comité de vigilance et de la qualité dans le but de soutenir l'élaboration d'un plan permettant à l'Agence d'associer les moyens et les modalités de communication appropriés aux objectifs qu'elle poursuit en matière d'information et de consultation de la population.

En vertu de la LSSSS, l'Agence doit prévoir des modalités, développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (art. 340). L'inventaire dressé fait état de plusieurs axes de communication et de consultation déjà investis. Entre autres, des travaux de refonte du site Internet de l'Agence ont été entrepris pour le rendre plus convivial. Dans ce contexte, cet exercice de révision des pratiques s'inscrit dans une perspective d'adaptation et d'amélioration continue. L'exercice pose aussi le défi de concilier la finalité qui sous-tend cette responsabilité avec le rôle particulier de l'Agence comme instance de coordination régionale dont les activités sont en bonne partie de nature administrative.

LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'AMÉLIORATION CONTINUE

La démarche régionale d'optimisation a évolué au cours de 2013-2014 afin d'intégrer de manière cohérente chacune des dimensions de la performance, telles que l'accessibilité, la qualité et l'optimisation des ressources. Cette stratégie constitue l'un des moyens privilégiés pour permettre de réaliser la vision régionale sous-jacente à la planification stratégique régionale et s'inscrit dans une quête d'amélioration continue de la performance du réseau.

Une association entre l'Agence, les établissements et la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en matière de recherche, de formation et de soutien aux établissements, a contribué significativement à l'implantation et au développement d'une culture de gestion de la performance dans le réseau.

Soulignons à ce chapitre que deux cohortes de gestionnaires en provenance de neuf établissements ont maintenant complété le programme court de formation de 2^e cycle offert par la Chaire IRISS depuis janvier 2011. Les démarches de révision des processus inscrites dans le cadre de cette formation totalisent 38 projets réalisés par autant de gestionnaires ayant déjà complété le programme.

Outre l'association avec la Chaire IRISS, de nombreux projets régionaux d'envergure sont en cours de réalisation. Notamment, chacune des douze tables régionales de coordination (ex. : ressources humaines, santé mentale et dépendance, santé physique, qualité, etc.) a été invitée par le CRDG à identifier, à partir des objectifs et des priorités 2013-2014, des mesures d'optimisation permettant d'améliorer, dans les secteurs d'activités qui leur sont propres, l'efficience et l'efficacité du réseau régional. De ces mesures, elles ont priorisé un objectif particulier devant s'inscrire dans une démarche structurée d'amélioration continue. À titre d'exemple, mentionnons l'amélioration de la trajectoire de services de deuxième ligne en santé mentale pour la clientèle adulte, le regroupement du traitement de la paie et l'amélioration de l'accès en imagerie médicale.

Par ailleurs, dans le but de développer une culture commune de performance régionale et de soutien au changement, le CRDG a pris la décision de mettre en œuvre un regroupement Agence-établissements pour l'amélioration de la performance régionale. Les travaux débiteront au cours de 2014-2015. Ce regroupement naît, entre autres de la nécessité d'exercer un leadership au niveau régional tant pour le partage de connaissances, d'expériences, de solutions ou d'enjeux communs que pour le soutien au développement de compétences.

Enfin, au cours de l'année 2013-2014, le MSSS a invité les établissements à soumettre un projet dans le cadre de la phase II du projet d'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Notons qu'un établissement de la région, le CSSS de l'Énergie, a été retenu par le MSSS pour en faire partie et amorcer le déploiement de cette culture organisationnelle.

La section suivante fait état des résultats obtenus en cours d'année relativement aux objectifs poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action 2013-2015 du Plan stratégique régional 2010-2015.

Les onglets en marge des textes identifient les axes d'intervention auxquels ils sont rattachés.

PLAN D'ACTION

RÉGIONAL 2013-2015 : ÉTAT D'AVANCEMENT

Section 2

1^{ER} ENJEU : ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Axe 1

Bien que cet objectif ne figurait pas au Plan stratégique régional 2010-2015, l'Agence et le CRDG considèrent néanmoins qu'il s'agit d'un objectif prioritaire pour lequel des résultats sont à atteindre d'ici 2015. Les actions en lien avec cet objectif sont de soutenir les acteurs du réseau par le développement et l'appropriation du concept de responsabilité populationnelle et de mener des travaux permettant de se donner une compréhension commune de la participation citoyenne et des moyens de la favoriser davantage.

En mars 2014, le contenu du cadre de référence a été présenté au CRDG et a fait consensus. Le cadre de référence sera complété en juin 2014 par un plan de diffusion qui sera alors défini avec le comité Agence-établissements formé de représentants de tous les établissements dans le cadre de la stratégie régionale portant sur la responsabilité populationnelle.

Les travaux d'élaboration du plan stratégique régional 2015-2020 se font en collaboration avec l'équipe de soutien de la responsabilité populationnelle à l'interne de l'Agence. La responsabilité populationnelle est une trame de fond du plan stratégique régional et la cohérence dans les travaux est une préoccupation constante.

2^E ENJEU : ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET HIÉRARCHISATION DES SERVICES

ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Axe 2.1

AUGMENTER LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE ORPHELINE

L'accessibilité aux services médicaux de 1^{re} ligne constitue une priorité à laquelle l'amélioration du fonctionnement des GACO peut contribuer. L'organisation d'un accueil clinique permet aussi des gains importants à cet égard en facilitant l'accès aux ressources diagnostiques et spécialisées pour les médecins œuvrant en 1^{re} ligne.

Depuis la mise en application de la lettre d'entente n° 245 relative à la rémunération des médecins, tous les médecins désirant se prévaloir des forfaits de prise en charge des guichets d'accès aux clientèles orphelines se sont inscrits auprès du GACO de leur territoire. Au terme de l'année 2013-2014, 83 % des omnipraticiens de la région participent à un GACO.

Pour sa part, l'Agence a soutenu les établissements dans le démarrage des travaux d'implantation de l'accueil clinique et dans les travaux menés pour consolider l'organisation des GACO. Le financement octroyé a ainsi permis de compléter les équipes, de rendre disponible un formulaire d'inscription en ligne et, enfin, d'inscrire et de prioriser la clientèle dans le système informatique prévu à cette fin.

CONSTATS

- En mars 2014, 75 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est inscrite auprès d'un médecin de famille, comparativement à 65 % en mars 2010. On observe ainsi une amélioration depuis quelques années. Néanmoins, la région éprouve encore des difficultés quant à l'accès aux services médicaux de 1^{re} ligne et les répercussions sont généralement plus marquées pour les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical régulier.
- À Trois-Rivières, la proportion de la population qui est inscrite auprès d'un médecin de famille est passée d'environ 50 % à 68 % au cours de la dernière année.
- En 2013-2014, 16 818 personnes ont été inscrites à un GACO et plus de 50 %, soit 9 312 d'entre elles, ont été référées à un médecin de famille. Depuis la création des GACO en 2009, c'est 65 462 personnes qui ont été inscrites à un GACO et 46 469 d'entre elles qui ont été référées à un médecin de famille.
- La vaste majorité des médecins de la région participent au GACO de leur territoire.

ASSURER LES LIENS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES ENTRE LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET LES CSSS

Les CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond poursuivent leurs travaux en vue de l'implantation d'un accueil clinique. Par ailleurs, au cours de la dernière année, le CSSS de Trois-Rivières a déployé son accueil clinique auprès des trois CSSS voisins, permettant d'améliorer l'accès à des services spécialisés pour la clientèle des CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan, de Bécancour-Nicolet-Yamaska et de Maskinongé.

ACCROÎTRE LA DISPONIBILITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

- Le déploiement des IPS-SPL a pour but d'améliorer l'offre et l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en favorisant la prise en charge de nouveaux clients et en répondant aux besoins populationnels non comblés, en partenariat avec le médecin de famille. La région poursuit l'objectif de titulariser 44 IPS-SPL d'ici 2017.
- Au cours de l'année 2013-2014, 2 IPS-SPL ont été engagées pour s'ajouter à celles déjà en fonction depuis l'année précédente pour un total de 21 pour la région. Ces deux IPS-SPL débiteront leur pratique au cours de l'année 2014. Il est à noter que cinq autres postes n'ont pas été comblés faute de candidates; toutefois, l'augmentation de la cohorte des étudiantes à l'UQTR dès septembre 2014 permettra de combler cet écart.
- L'Agence assure son rôle de leadership mobilisateur en soutenant les comités locaux d'implantation de la pratique IPS-SPL et les directrices de soins infirmiers des CSSS sous différents aspects : le recrutement de médecins partenaires, l'identification et la préparation des milieux de stage et de pratique, la priorisation régionale auprès du DRMG ainsi que l'élaboration des ententes de partenariat.
- De plus, l'Agence interpelle au besoin le MSSS, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ainsi que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec afin de régler certaines questions relatives à l'encadrement clinique et légal de la pratique clinique des IPS-SPL. Enfin, l'Agence participe activement à la liaison entre les milieux de stage et le Département de sciences infirmières de l'UQTR.

CONSTATS

Deux infirmières praticiennes spécialisées ont amorcé leur pratique dans la région en 2013-2014 :

- une au CSSS Drummond,
- une au CSSS de l'Énergie.

La région compte actuellement 21 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

ASSURER UN ACCÈS AUX CHIRURGIES

Les demandes inscrites pour les chirurgies d'un jour et avec hospitalisation de la hanche, du genou et de la cataracte ont toutes été traitées dans les délais requis de six mois, et même au-delà de la norme recommandée de 90 % par le MSSS.

RÉSULTATS

- Chirurgies d'un jour : 94,1 %
- Arthroplastie totale de la hanche : 95,4 %
- Arthroplastie total du genou : 92,8 %
- Chirurgie de la cataracte : 95,8 %
- Chirurgie avec hospitalisation : 97,9 %

ASSURER UN ACCÈS AUX SERVICES DIAGNOSTIQUES

D'ici 2015, l'imagerie médicale sera priorisée parmi l'ensemble des services diagnostiques. Au cours de l'année 2013-2014, plusieurs actions ont été conduites afin d'augmenter la capacité d'accueil et de diminuer le nombre de demandes en attente, et ce, pour l'ensemble des examens d'imagerie médicale. Des efforts particuliers ont été investis dans les secteurs où les délais d'attente étaient plus élevés notamment en imagerie par résonance magnétique (IRM), en tomodynamométrie ainsi qu'en échographie, dont :

- la poursuite de l'entente de collaboration en IRM entre les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie (diminution de la liste d'attente globale de 20 % au cours de la dernière année et de 46 % depuis le début de l'entente);
- la révision de l'organisation du travail et l'ajout de plages horaires en tomodynamométrie dans plusieurs CSSS (diminution de 23 % de la liste d'attente régionale);
- la réalisation de projets de développement de la fonction de technologue autonome en échographie dans les CSSS de Trois-Rivières et de l'Énergie, la révision de l'organisation du travail dans ce secteur ainsi que l'épuration des listes d'attente dans l'ensemble des CSSS (diminution de 45 % de la liste d'attente régionale, et ce, malgré une forte croissance des demandes).

Finalement, inspiré par le guide de gestion *Accès aux consultations spécialisées et services diagnostiques* publié par le MSSS, un comité régional en imagerie médicale a été créé au cours de la dernière année. Le comité composé de médecins omnipraticiens, de médecins spécialistes, de radiologistes et de gestionnaires en imagerie médicale des CSSS de la région a pour mandat de revoir et d'améliorer l'ensemble de la trajectoire entre la référence du médecin jusqu'à la réception du rapport du radiologiste. L'impact des mesures devrait être visible dès 2014-2015.

INTÉGRATION DE LA PROMOTION-PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DE SERVICES

SOUTENIR L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES SERVICES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE

Pratiques cliniques préventives

En 2013-2014, 91,7 % des pratiques cliniques préventives prioritaires ont fait l'objet d'activités de soutien. Les activités de soutien en prévention clinique ont porté sur les mêmes pratiques cliniques prioritaires qu'en 2012-2013, soit le tabagisme, l'hypertension, l'alimentation et l'activité physique. Pour parvenir à des changements effectifs et durables en intégration d'actes préventifs, les conditions d'efficacité doivent être présentes. Certains CSSS n'ont pu soutenir ces conditions toute l'année. Les pratiques cliniques préventives prioritaires, qui sont toujours en attente d'orientation du MSSS, ont maintenu le même statut en 2013-2014 (ex. : prévention des chutes).

Dépistage des cancers

Chaque CSSS a le mandat d'évaluer l'offre de services en dépistage des cancers du col utérin, du sein et colorectal de son territoire et devra proposer des stratégies d'optimisation en lien avec les travaux régionaux. Les travaux débiteront en 2014-2015.

Dépendances

Conformément au plan de mise en œuvre des orientations régionales en dépendances, l'ensemble des CSSS a mis en place ou sont en voie d'implanter graduellement des actions visant la détection, le repérage, l'orientation et la référence en matière de dépendances. Une attention spéciale est portée envers les clientèles ayant des besoins particuliers et la majorité des CSSS réalisent une détection systématique à l'accueil-évaluation-orientation-référence lors d'une demande de services ou durant le suivi.

Négligence

Au 31 mars 2014, 4 des 8 CSSS de la région assurent l'accessibilité aux 5 types d'activités prévues dans le cadre du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC-2). Il s'agit des CSSS de Trois-Rivières, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Les 4 autres CSSS travaillent activement à la mise en œuvre de tous les volets de ce même programme et devraient atteindre cet objectif au 31 mars 2015.

HARMONISATION, HIÉRARCHISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES

METTRE EN ŒUVRE LE MODÈLE DE GESTION INTÉGRÉE DES MALADIES CHRONIQUES DANS LES HUIT TERRITOIRES DE LA RÉGION

Les actions à réaliser portent sur l'amélioration du suivi et la coordination des services pour les personnes qui cumulent un nombre élevé de visites à l'urgence comme les grands consommateurs, incluant le volet santé mentale.

L'identification des grands consommateurs s'est continuée en 2013-2014 et des actions locales ont été entreprises afin de mieux prendre en charge ces clientèles en fonction des réalités de chacun des territoires.

Les ressources allouées dans le cadre du Programme de gestion intégrée des maladies chroniques sont en place dans chacun des CSSS et un suivi des cibles à atteindre est actuellement en cours.

Les activités de soutien en prévention clinique ont porté sur les mêmes pratiques cliniques prioritaires qu'en 2012-2013, soit le tabagisme, l'hypertension, l'alimentation et l'activité physique. Pour parvenir à des changements effectifs et durables en intégration d'actes préventifs, les conditions d'efficacité doivent être présentes. Certains CSSS n'ont pu soutenir ces conditions toute l'année.

AJUSTER L'ORGANISATION DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES

Le CRDITED MCQ – IU et le CSSS de l'Énergie ont été mandatés par l'Agence pour mettre en œuvre les mesures du *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*. Au 31 mars 2014, 3 des 4 mesures sont considérées comme opérationnelles. À la lumière des constats cliniques et organisationnels dégagés des travaux régionaux, il a été convenu de fusionner le Service d'évaluation externe avec le Centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement. Par ailleurs, la ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED présentant des troubles graves du comportement est également effective. Bien que ces trois mesures sont coordonnées par le CRDITED MCQ – IU, il importe de préciser qu'une contribution significative et active de l'ensemble des établissements de la région est nécessaire pour assurer le succès de leur actualisation et de leur opérationnalisation.

Le leadership assumé par l'Agence dans la mise en œuvre du complément aux orientations régionales se traduit par la coordination des travaux entourant l'implantation des mesures. Plus précisément, l'Agence coordonne les travaux d'un comité de pilotage stratégique, d'un comité de répondants pour traiter de l'organisation des services à l'intention des personnes présentant des problématiques multiples et complexes, et de différents groupes de travail associés. Cette implication permet d'assurer la liaison et l'harmonisation des actions dans une perspective régionale et, par conséquent, favorise les arrimages quant au partage global de l'offre de services concernant cette clientèle. Par ailleurs, il importe de mentionner que la proactivité de notre réseau régional à l'égard de l'organisation des services à dispenser aux personnes présentant des problématiques multiples est reconnue, de sorte que d'autres régions s'y réfèrent et s'en inspirent.

Cependant, il faut souligner que les services à dispenser à la clientèle présentant des problématiques multiples et complexes défient le contour de l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux, de sorte que l'avancement de ce dossier demeure complexe et appelle à un leadership de la part de l'Agence, des décideurs régionaux et du corps médical.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

Les CSSS offrant des services de coloscopie dans la région ont tous entrepris des travaux afin d'épurer leur liste d'attente. L'implantation du nouveau test de dépistage du cancer colorectal a été réalisée pour l'ensemble des territoires, facilitant ainsi la poursuite des actions à mettre en place dans ce secteur d'activités.

L'implantation du registre régional du cancer se poursuit et la saisie des données pour l'année 2013 a été complétée avec succès selon les échéanciers prévus régionalement. L'atteinte des cibles ministérielles en terme de saisie de données a été réalisée et même surpassée.

De plus, dix lits additionnels dédiés aux soins palliatifs ont été mis en fonction en date du 17 novembre 2013 suite à l'ouverture de la nouvelle maison de soins palliatifs Marie-Pagé sur le territoire d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Les travaux suivent leur cours en vue de l'ouverture de la nouvelle maison René-Verrier sur le territoire de Drummondville, dont la date de mise en fonction a été devancée à janvier 2015.

Quant à l'offre de soins palliatifs à domicile, elle a été bonifiée selon les cibles prévues : des crédits de développement dédiés à l'amélioration de l'offre de services en soins palliatifs à domicile pour les services professionnels et l'aide à domicile (activités de la vie quotidienne) ont été octroyés. Les équipes ont été consolidées selon les réalités locales. Le nombre d'usagers rejoints

est de 1 831, soit une augmentation de 161 usagers comparativement à 2012-2013. Le nombre d'interventions visées a été atteint et dépassé, cela représente 49 050 interventions, soit une augmentation de 18,8 % par rapport à l'année précédente.

Deux projets en soutien communautaire en soins palliatifs à domicile ont été octroyés par le MSSS à l'hiver 2014. Les deux projets retenus sont celui des Services René-Verrier en partenariat avec le CSSS Drummond et celui du CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska en partenariat avec les deux entreprises d'économie sociale du territoire. Ces projets ont démarré leurs activités afin d'améliorer l'offre de services en répit, en accompagnement et en soutien personnalisé aux proches aidants.

CONSTATS

- En 2013-2014, ouverture de dix lits additionnels dédiés aux soins palliatifs dans la région.
- Le nombre d'usagers rejoins en soins palliatifs à domicile est de 1 831, soit une augmentation de 161 usagers comparativement à 2012-2013. Le nombre d'interventions a également connu une augmentation de 18,8 %.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE

Jeunesse

En ce qui a trait aux jeunes, on observe une amélioration puisque la région a rejoint 1 463 jeunes en 2013-2014, alors que 1 396 jeunes avaient reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale en 2012-2013. Cela représente une augmentation de 4,8 %.

Par contre, on observe une détérioration relativement au nombre de jeunes dont les services de 2^e et 3^e ligne ont débuté à l'intérieur d'un délai de 60 jours. En effet, les résultats de 2013-2014 indiquent que 179 jeunes ont attendu plus de 60 jours, comparativement à 110 pour la même période en 2012-2013. Cela représente une augmentation de 37,3 % de jeunes qui attendent plus de 60 jours avant de recevoir des services de 2^e et 3^e ligne en santé mentale.

Services de 1^{re} ligne pour la clientèle adulte

Au 31 mars 2014, 7 CSSS sur 8 avaient déposé à l'Agence leur plan d'action en vue d'implanter les mesures du cadre de référence *Les services de première ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale pour la clientèle adulte*. Le 8^e CSSS s'est engagé à déposer son plan d'action pour le mois d'avril 2014.

Pour ce qui est de la population adulte souffrant de troubles mentaux et nécessitant des services de 1^{re} ligne, 3 883 personnes ont été rejointes en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 12,2 % comparativement à l'année 2012-2013.

Services de 2^e ligne pour la clientèle adulte

Au 31 mars 2014, 460 personnes attendaient plus de 60 jours avant d'avoir accès aux services de 2^e ligne, ce qui représente une augmentation de 36,7 % comparativement à l'an passé. Plusieurs éléments contribuent à l'augmentation des délais d'attente, dont le manque d'omnipraticiens dans les équipes de 1^{re} ligne en santé mentale et l'augmentation des demandes d'évaluation pour des services de 2^e ligne. Des travaux afin de définir régionalement le contour de l'offre de services de 2^e ligne en santé mentale ont été amorcés en 2014 et devraient, à moyen terme, avoir un impact positif sur l'accessibilité.

Services de suivi intensif dans le milieu (SIM)

En 2013-2014, en moyenne 259 personnes par période de quatre semaines ont été rejointes, ce qui représente une augmentation de 5,8 %.

Un des objectifs du cadre de référence régional des services de 1^{re} ligne en santé mentale et de la hiérarchisation des services est d'analyser les facteurs contribuant à la diminution du nombre de personnes rejointes par ce secteur d'activités.

De plus, en 2013-2014, le Centre national d'excellence en santé mentale a poursuivi l'accompagnement des équipes de suivi intensif (SI) en Mauricie et au Centre-du-Québec. Aussi, afin d'améliorer l'accès aux services du suivi intensif, les gestionnaires travaillent actuellement à la réorganisation des équipes, aux objectifs ainsi qu'à leur mode de fonctionnement.

Soutien d'intensité variable (SIV)

En 2013-2014, en moyenne 460 personnes par période administrative de quatre semaines ont été rejointes, ce qui représente une diminution de 7 % par rapport à l'an passé. Cette diminution s'explique, entre autres, par les difficultés rencontrées par les CSSS au niveau du recrutement et de la rétention du personnel.

CONSTATS

- Augmentation de 4,8 % des services de 1^{re} ligne en santé mentale jeunesse.
- Augmentation de 37,3 % (attente plus de 60 jours) pour des services de 2^e et 3^e ligne en santé mentale jeunesse.
- Augmentation de 12,2 % des services de 1^{re} ligne pour les adultes souffrant de troubles mentaux.
- Augmentation de 36,7 % (attente de 60 jours) pour des services de 2^e ligne en santé mentale adulte.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Puisque d'importants travaux ministériels sont actuellement en cours dans le cadre du système de soutien à l'autonomie concernant le Plan de services individualisé et d'allocation de services, le projet d'optimisation régional sur le plan de services individualisé (PSI) a été mis en attente afin de s'assurer que les travaux régionaux qui seront mis de l'avant soient en cohérence avec ceux réalisés par le MSSS.

Par ailleurs, les plans d'action ministériel et régional 2010-2015 visaient, dans l'année de référence, l'augmentation du nombre de PSI élaborés par le centre de réadaptation, et impliquant un CSSS, pour les personnes ayant une déficience. Le monitoring des PSI n'a pas encore pu être réalisé cette année puisque nous demeurons dans l'attente de balises ministérielles quant à la codification adéquate de cet outil d'intervention dans l-CLSC.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS RÉGIONALES EN DÉPENDANCES

L'Agence a soutenu le CSSS Drummond qui, en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec, a implanté sur le territoire de Drummondville un nouveau programme d'intervention précoce nommé Vire au Vert. Il s'adresse aux adolescents et adolescentes présentant une consommation de substances psychoactives préoccupante et vise à réduire le risque d'apparition d'un problème de consommation plus sévère. Vire au Vert permettra de rejoindre davantage de jeunes et d'améliorer les services d'intervention précoce offerts dans la région. De plus, le programme sera implanté sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières durant l'année 2014-2015.

Afin de favoriser l'amélioration des connaissances et des compétences des intervenants œuvrant auprès des personnes dépendantes, et afin d'assurer l'atteinte des objectifs visés concernant la détection, le repérage, l'orientation et la référence en matière de dépendances, l'Agence coordonne l'offre de formation aux intervenants des CSSS de différents secteurs d'activités. Pour l'année 2013-2014, 5 formations ont été offertes permettant de rejoindre plus de 65 intervenants des services de 1^{re} ligne.

Le dépôt du programme régional révisé d'évaluation spécialisée par le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec est à venir sous peu.

POURSUIVRE LA RÉALISATION DE L'OFFRE DE SERVICES POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Troubles du comportement

Au 31 mars 2014, 7 des 8 CSSS ont mis en place une équipe pour les troubles de comportement chez les 5-18 ans, dont 4 ont réorganisé les services afin d'inclure les enfants 5-12 ans présentant un trouble du comportement et leur famille. Le CSSS de Maskinongé prévoit son déploiement pour le 30 septembre 2014.

De plus, les 7 CSSS permettent l'accessibilité aux activités prévues dans le cadre des *Services intégrés pour adolescents et leurs familles en Mauricie et au Centre-du-Québec*.

Crise

Au 31 mars 2014, des protocoles d'intervention en situation de crise ont été définis et convenus entre le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et les CSSS. Toutefois, les modalités d'intervention en situation de crise demeurent à actualiser. Cet objectif devrait être atteint au 31 mars 2015.

PLAN RÉGIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT : MISE EN PLACE DE L'APPROCHE GÉRIATRIQUE EN MISSION HOSPITALIÈRE

Régionalement, la planification des six composantes de l'Approche adaptée à la personne âgée (soutien à l'implantation, gouvernance clinique, formation et activités de coaching, algorithme de soins cliniques à la personne âgée, interventions cliniques et évaluation de la qualité) est réalisée dans la majorité des CSSS et l'implantation de ces composantes chemine bien.

L'ensemble des CSSS avec mission hospitalière a implanté la composante 1, soit celle du soutien à l'implantation. Cette composante consiste à inscrire l'approche dans la planification stratégique de l'organisation et d'effectuer une démarche de diagnostic organisationnel sur la situation qui prévaut quant aux soins et services aux personnes âgées en centre hospitalier.

Par ailleurs, la majorité des CSSS ont implanté la seconde composante, soit celle de la gouvernance clinique. Dans cette composante, le CSSS doit former une équipe de professionnels dont l'expertise en soins aux personnes âgées est reconnue et qui agira à titre de comité aviseur auprès du comité d'implantation. De plus, le CSSS doit assurer la disponibilité d'équipes interprofessionnelles de base (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, pharmacien et travailleur social) pour le service des urgences et les unités d'hospitalisation (soins intensifs, médecine, chirurgie, psychiatrie) où sont admises les personnes âgées.

AUGMENTER LE NOMBRE DE PLACES EN RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UNE DÉFICIENCE OU D'INCAPACITÉS SIGNIFICATIVES

L'établissement mandataire n'a pas été en mesure d'ouvrir les 14 places en RI-RTF pour les personnes présentant une déficience. Cette situation s'explique, entre autres, par le fait que le CRDITED MCQ – IU a procédé à une révision complète de son continuum d'hébergement et l'ouverture de ces nouvelles places est prévue pour 2014-2015. Cependant, les 16 places ouvertes en 2012-2013 ont été maintenues et occupées à 100 % au cours de 2013-2014. De plus, l'établissement est en processus d'ouverture d'une nouvelle ressource intermédiaire spécialisée de 5 places, qui sera disponible au cours de la prochaine année.

Places en ressources résidentielles de proximité en lien avec le Plan d'action régional pour la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013

En cours d'année, 120 places ont été créées en ressources résidentielles de proximité pour les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience ou de problèmes de santé mentale et autres). Ces places s'ajoutent aux 158 places déjà créées en 2012-2013. Des ententes ont été signées pour l'ouverture prochaine de 67 nouvelles places.

Places en CHSLD occupées par des personnes de moins de 65 ans

Par la mise en œuvre du plan de services intégrés, une diminution de 10 % des places occupées en CHSLD par des personnes de moins de 65 ans était attendue. Selon les données au 31 mars 2014, 153 personnes de moins de 65 ans sont hébergées en CHSLD dans notre région. Il s'agit d'une diminution de 24 personnes comparativement au 31 mars 2013, ce qui représente une baisse de 14 %.

CONSTATS

- En 2013-2014, 120 nouvelles places créées en ressources résidentielles de proximité et ouverture prochaine de 67 nouvelles places.
- Baisse de 14 % du nombre de personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD.

3^E ENJEU : QUALITÉ ET EFFICACITÉ DES SERVICES À LA POPULATION

Axe 4.2

INTÉGRATION ET CIRCULATION D'INFORMATION CLINIQUE ET DE GESTION

METTRE EN ŒUVRE LES PROJETS STRUCTURANTS DU PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (PSRRI)

La région s'est donnée une vision commune avec le PSRRI 2010-2015, élaboré en concertation et avec la participation de l'ensemble des directeurs généraux des établissements.

- La finalité du PSRRI est la circulation de l'information : optimiser, normaliser, intégrer et faciliter la circulation d'information clinique et de gestion dans un contexte de mobilité des intervenants et des usagers.
- Pour atteindre cette finalité, une série de chantiers structurants ont été entrepris touchant à tous les aspects des ressources informationnelles (RI) : gouvernance, gestion de projets, sécurité, systèmes d'information, optimisation des infrastructures et de leur support.

Actions significatives entreprises dans le cadre du PSRRI 2010-2015

Les premiers gestes réalisés dans le cadre du PSRRI, répondant à l'esprit de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, ont été les suivants :

- la mise en place d'un modèle de gouvernance régional des RI, relevant directement du CRDG;
- la mise en place du bureau de projets : c'est l'outil opérationnel pour assurer l'analyse, la planification, le suivi des projets RI et atteindre les résultats escomptés;
- la consolidation et l'optimisation de plusieurs systèmes (laboratoires, banque de sang, courrier électronique, paie, ressources humaines, finances, approvisionnements, etc.).

En 2013-2014, les travaux suivants ont été poursuivis :

- **Dossiers médicaux électroniques (DMÉ) :** L'informatisation des cliniques médicales par l'utilisation d'un DMÉ vient appuyer l'organisation et le renforcement de la première ligne en santé physique. L'Agence a collaboré avec le MSSS et la FMOQ pour promouvoir l'utilisation d'un DMÉ auprès des médecins de la région.
- **Dossier clinique informatisé régional (DCIR) :** La région a poursuivi la préparation de ce projet crucial d'informatisation des établissements mené conjointement avec la région du Bas-Saint-Laurent.
- **Dossier Santé Québec :** Pour notre région, le DSQ est un élément clé pour compléter l'informatisation des cliniques médicales (DMÉ) et des établissements (DCIR). Voici les actions entreprises :
 - l'ensemble des systèmes d'imagerie médicale des établissements de la région alimente le DSQ;
 - le rehaussement des systèmes locaux de laboratoire vers un système régional normalisé est en cours et permettra d'alimenter le DSQ;
 - plus de la moitié des pharmacies ont été déployées pour alimenter et consulter le DSQ, et ce déploiement se poursuivra en 2014-2015.

Axe 5.3

GESTION DES RISQUES

ASSURER LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET DES SERVICES DANS TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

Ce volet est traité dans la première section, dans la rubrique portant sur la qualité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, à la page 40 du rapport annuel de gestion.

MAINTENIR LES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES EN DEÇÀ DES SEUILS ÉTABLIS

Pour l'année 2013-2014, 100 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région ont un taux d'infections nosocomiales inférieur ou égal aux seuils établis.

Comme le guide provincial n'est pas encore disponible, le comité de travail de la table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) n'a pas révisé le protocole régional en prévention et contrôle de la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD).

ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU RÉSEAU

POURSUIVRE LA RÉALISATION DES TABLEAUX DE BORD RÉGIONAUX DE GESTION DE LA PERFORMANCE DES CONTINUUMS MALADIES CHRONIQUES ET PERSONNES ÂGÉES

Malgré les efforts consentis à l'avancement de ce projet, le résultat prévu au 31 mars 2014 n'a pu être atteint. Des ajustements ont dû être apportés au projet afin d'en diminuer les coûts tout en continuant de répondre aux besoins identifiés par les établissements et l'Agence. Les travaux ont repris au printemps et se sont intensifiés en avril 2014.

Les deux tableaux de bord alimentés par l'entrepôt de données et qui permettent d'apprécier la performance régionale des continuums de services pour le soutien aux personnes âgées et pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques sont prévus en octobre 2014.

4^E ENJEU : GESTION RENOUVELÉE DES RESSOURCES HUMAINES

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le plan de main-d'œuvre permet de dresser un portrait de la situation, d'identifier les problématiques, d'aider à la prise de décision et à la planification des actions en ce qui a trait à la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Annuellement, il importe de mettre à jour les plans de main-d'œuvre locaux, de même que le plan de main-d'œuvre régional afin d'assurer les soins de santé et les services sociaux à la population.

Tel que prévu, tous les établissements de la région ont produit et déposé leur plan local de main-d'œuvre avant l'échéance du 30 septembre 2013. Par la suite, l'Agence a complété l'exercice pour produire le plan régional de main-d'œuvre et le déposer au MSSS avant le 30 novembre 2013. Afin de soutenir les établissements dans la production de leur plan, une session de formation et des outils ont été mis à la disposition des responsables de la planification de main-d'œuvre de chacune des organisations.

À noter que les plans de main-d'œuvre sont également diffusés auprès des partenaires de l'éducation et de l'emploi qui sont fort intéressés à arrimer les besoins de main-d'œuvre en santé à leurs services.

Qualité de vie au travail

Tous les établissements sont engagés dans un programme visant l'amélioration du climat de travail. Deux établissements ont obtenu leur certification, soit le CRDP InterVal avec Planetree et le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec avec Entreprise en santé. À ce jour, la majorité des établissements non certifiés a procédé à la collecte des données qui constitue une étape importante dans le démarrage de la démarche. Par ailleurs, sept établissements prévoient obtenir leur certification d'ici le 31 mars 2015.

Optimisation de l'utilisation des ressources

Au cours de la dernière année, huit établissements de la région se sont engagés dans des projets d'organisation du travail découlant des conventions collectives, plus particulièrement des comités paritaires nationaux intersyndicaux. Au total, ce sont 19 projets locaux, répartis dans 4 catégories qui sont actifs. On retrouve des projets pour le personnel œuvrant auprès de la clientèle ayant des troubles graves du comportement (TGC), pour le personnel œuvrant auprès des clientèles CHSLD, pour le personnel de catégorie 4, soit les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux au niveau psychosocial et de la réadaptation et, enfin, des projets visant à réduire le temps supplémentaire et le recours à la main-d'œuvre indépendante. Un financement et une structure d'encadrement très importante étaient offerts par le MSSS pour soutenir ces projets, d'une durée de 12 ou 15 mois, et s'assurer de leurs impacts et de leur pérennité dans les établissements.

Assurance salaire

Afin de contrer les problèmes d'absentéisme pour cause de maladie, la table régionale des responsables des ressources humaines, en collaboration avec l'AQESSS, a mis sur pied une communauté de pratiques avec tous les responsables des bureaux de santé des établissements. Cette communauté avait pour mandat d'amener les services de santé à réviser et optimiser leurs processus de gestion des dossiers d'assurance salaire. Neuf rencontres ont été tenues, avec un très haut taux de participation. Chacun des établissements a élaboré un plan d'action et a pu immédiatement faire des changements dans leur organisation du travail. La prochaine année permettra de réaliser les suites de cette communauté, en plus d'évaluer les impacts de la mise en œuvre des plans d'action dans chacun des établissements.

CONSTATS

- Au 31 mars 2014, la région présente un ratio d'assurance salaire de 6,17 % (6,10 % en 2012-2013) alors que l'engagement initial était de 5,13 %.
- En matière de temps supplémentaire pour les infirmières, nous complétons l'exercice avec un pourcentage de 4,87 % (5,44 % en 2012-2013) alors que l'engagement était de 4,65 %. Pour l'ensemble du personnel, le taux se situe à 3,26 % (3,51 % en 2012-2013) comparativement à la cible de 2,9 %.
- Finalement, le recours à la main-d'œuvre indépendante pour les infirmières se situe à 0,39 % (0,37 % en 2012-2013) comparativement à notre engagement fixé à 0,71 %. Pour les infirmières auxiliaires, on constate un pourcentage de 0,24 % (0,19 % en 2012-2013) alors que l'engagement était de 0,12 % et pour les préposés aux bénéficiaires, le taux se situe à 0,23 % (0,09 % en 2012-2013) par rapport à un engagement de 0,11 %.

LA GESTION

DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Section 3

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte à ces organismes un soutien financier complémentaire à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs sont traduits dans les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires et leur offrir le soutien et l'information nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

LA GESTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

LA RECONNAISSANCE

La Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec balise l'analyse des demandes de reconnaissance. La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, énonce les caractéristiques définissant un organisme communautaire et introduit la notion de non-dédoulement des organismes sur un même territoire. Dans le cadre du programme SOC, la reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale.

En 2013-2014, aucun nouvel organisme n'a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

LE SOUTIEN FINANCIER

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises du programme SOC, les orientations ministérielles et régionales, le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, et la Convention de soutien financier 2012-2015.

Cette année encore, une attention particulière a été portée à la reddition de comptes produite par chaque organisme communautaire subventionné. L'Agence procède à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établies par le MSSS. Un suivi est effectué relativement aux obligations de reddition de comptes de chaque organisme financé. De plus, compte tenu des difficultés rencontrées, 20 organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier au cours de la dernière année.

CONSTATS

- Au 31 mars 2014, l'Agence reconnaît 224 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Durant l'année financière 2013-2014, l'Agence a octroyé du financement à 222 organismes en mission globale dans le cadre du programme SOC. De plus, 26 organismes ont été financés uniquement par activités spécifiques. Ce sont donc 248 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

Programmes-services financés

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	11
Déficience intellectuelle	7
Troubles envahissants du développement	4
Déficience physique	25
Déficience physique	14
Déficiences multiples	11
Dépendances	16
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	12
Hébergement mixte	4

Programmes-services financés (suite)

Jeunes en difficulté	57
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	14
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	24
Maintien à domicile	9
Centres d'action bénévole	15
Santé mentale	29
Santé mentale	29
Santé physique	15
Santé physique	11
Cancer	1
Maisons agréées de soins palliatifs	3
Santé publique	46
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	18
Personnes démunies	25
VII/sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	25
Orientation et identité sexuelles	1
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Ressources pour hommes	4
Sous-total	248
Organismes financés exclusivement par activités spécifiques	26
Organismes financés en mission globale au Programme de soutien aux organismes communautaires	222

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale à 222 organismes communautaires, répartis dans 26 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées, dont :

- accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;
- mise en place et animation de groupes d'entraide;
- aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériel, comptoirs vestimentaires);
- réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);
- soutien à la réinsertion sociale;
- hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Évolution du budget alloué aux organismes communautaires	2013-2014		2012-2013	
Mission globale	34 104 908 \$	88 %	31 685 210 \$	88 %
Activités spécifiques	4 739 693 \$	12 %	4 411 301 \$	12 %
Total	38 844 601 \$		36 096 511 \$	

L'augmentation des crédits consentis en 2013-2014 aux organismes communautaires de la région totalise un montant de 2 726 830 \$.

Les principaux investissements récurrents réalisés dans ce secteur ont été les suivants :

- 564 207 \$ représentant une indexation de 1,6 %;
- 600 000 \$ pour consolider le financement à la mission globale des organismes subventionnés par le programme SOC;
- 15 000 \$ pour le financement du nouvel organisme communautaire Association des personnes proches aidantes Bécancour-Nicolet-Yamaska;
- 9 797 \$ pour permettre à l'ensemble des organismes communautaires de la catégorie Centre d'action bénévole d'atteindre la base de financement qui leur est reconnue dans le *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*;
- 540 664 \$ répartis aux centres d'action bénévole selon le pourcentage de la population pondérée par territoire de RLS;
- 250 904 \$ utilisés afin de consolider le financement à la mission globale des organismes intervenant auprès des proches aidants;
- 83 635 \$ répartis entre les deux organismes qui desservent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin de favoriser le développement du volet Groupe de soutien et répit;
- 88 305 \$ transférés du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS) pour un organisme de défense de droits en santé mentale.

De plus, quelques allocations ont été faites sur une base non récurrente :

- 160 799 \$ répartis entre les six organismes qui assurent les services de supervision des droits d'accès (SDA);
- 116 018 \$ attribués entre les organismes de la catégorie Personnes démunies n'ayant pas atteint la base de financement qui leur est reconnue;
- 20 746 \$ alloués à la Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux (TROC) pour défrayer les coûts inhérents à la réalisation des activités du Programme régional de formation dédié aux organismes communautaires;
- 20 000 \$ octroyés à un organisme dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	384 250 \$	398 440 \$	-4 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour - Nicolet-Yamaska	156 970 \$	153 022 \$	3 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	135 503 \$	116 736 \$	16 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	88 475 \$	82 101 \$	8 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	73 874 \$	64 252 \$	15 %
Parrainage civique Drummond inc.	92 717 \$	87 700 \$	6 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	82 966 \$	74 498 \$	11 %
	1 014 755 \$	976 749 \$	4 %
Troubles envahissants du développement			
Autisme - Centre du Québec	70 171 \$	55 481 \$	26 %
Autisme Mauricie	127 024 \$	121 139 \$	5 %
Centre de stimulation l'Envol	107 322 \$	94 109 \$	14 %
Les Horizons ouverts	182 246 \$	179 376 \$	2 %
	486 763 \$	450 105 \$	8 %
Déficience physique			
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre du Québec	71 463 \$	65 134 \$	10 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	70 250 \$	66 217 \$	6 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	58 508 \$	52 066 \$	12 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	61 756 \$	56 683 \$	9 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Déficience physique (suite)			
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	7 278 \$	7 163 \$	2 %
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	81 682 \$	76 287 \$	7 %
Association éducative et récréative des aveugles	30 000 \$	26 509 \$	13 %
Association Part-égale Normandie	84 134 \$	81 108 \$	4 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	46 197 \$	39 702 \$	16 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francis inc.	246 488 \$	241 622 \$	2 %
Coup de main Mauricie	113 900 \$	109 844 \$	4 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	77 047 \$	73 373 \$	5 %
Handicap action autonomie Bois-Francis	89 305 \$	86 752 \$	3 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	23 566 \$	15 000 \$	57 %
	1 061 574 \$	997 460 \$	6 %
Déficiences multiples			
- La Source - Association des personnes handicapées du Haut St Maurice inc. ¹	82 718 \$	79 563 \$	4 %
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	81 310 \$	69 565 \$	17 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	103 194 \$	97 667 \$	6 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre-du-Québec inc.	81 593 \$	68 769 \$	19 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	101 373 \$	85 898 \$	18 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	86 557 \$	82 928 \$	4 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	116 794 \$	107 183 \$	9 %
L'alpha - Secteur des Chenaux	68 303 \$	54 259 \$	26 %
L'Amis-temps des Bois-Francis	120 601 \$	86 101 \$	40 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	78 444 \$	68 478 \$	15 %
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	124 503 \$	101 555 \$	23 %
	1 045 390 \$	901 966 \$	16 %
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francis	87 883 \$	85 199 \$	3 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	96 775 \$	94 267 \$	3 %
Centre de réadaptation Wapan	53 776 \$	52 929 \$	2 %
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	53 580 \$	47 759 \$	12 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	87 882 \$	85 199 \$	3 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	87 882 \$	85 199 \$	3 %

¹ Organisme ayant changé de catégorie en 2013-2014

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Alcoolisme – toxicomanie et autres dépendances (suite)			
Le Grand Chemin inc.	460 450 \$	445 735 \$	3 %
Maison « Résq » de la Mauricie	87 882 \$	85 199 \$	3 %
Maison Carignan inc.	260 874 \$	241 850 \$	8 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	72 585 \$	68 503 \$	6 %
Pavillon de l'Assuétude	513 690 \$	474 906 \$	8 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	99 628 \$	94 267 \$	6 %
	1 962 887 \$	1 861 012 \$	5 %
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	551 564 \$	537 195 \$	3 %
Ensoleilvent	364 224 \$	354 653 \$	3 %
Maison de Transition de la Batiscan	376 830 \$	368 411 \$	2 %
Pro-Anawim	535 687 \$	515 675 \$	4 %
	1 828 305 \$	1 775 934 \$	3 %
Organismes de justice alternative			
Aux Trois pivots	466 052 \$	457 728 \$	2 %
Avenues citoyennes – Organismes de justice alternative	142 223 \$	138 999 \$	2 %
Commun accord organisme de justice alternative	205 037 \$	200 824 \$	2 %
L'Alter-égaux, organisme de justice alternative	84 920 \$	81 966 \$	4 %
Organisme de justice alternative Voiteface	256 649 \$	251 623 \$	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	206 663 \$	202 424 \$	2 %
Ressources alternatives Maskinongé	88 100 \$	85 437 \$	3 %
	1 449 644 \$	1 419 001 \$	2 %
Maisons de jeunes			
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	104 744 \$	99 850 \$	5 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	116 646 \$	112 842 \$	3 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	113 641 \$	109 561 \$	4 %
Comité liaison Adolescents-Parents	88 852 \$	82 505 \$	8 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	112 494 \$	108 310 \$	4 %
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	104 744 \$	99 850 \$	5 %
La Fréquence Inc.	116 646 \$	112 842 \$	3 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	102 354 \$	97 242 \$	5 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	92 995 \$	87 028 \$	7 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	110 419 \$	106 044 \$	4 %
La traversée 12-18 ans inc.	110 834 \$	106 498 \$	4 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	113 641 \$	109 561 \$	4 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	92 995 \$	87 028 \$	7 %
Local Action jeunes	84 000 \$	83 685 \$	0 %
Maison de jeunes Le Transit	99 646 \$	94 286 \$	6 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	110 835 \$	106 499 \$	4 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	116 646 \$	112 842 \$	3 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	124 287 \$	121 181 \$	3 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	83 211 \$	76 348 \$	9 %
Maison des jeunes de Bécancour	66 167 \$	66 089 \$	0 %
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	87 040 \$	87 000 \$	0 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	89 249 \$	82 938 \$	8 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	98 181 \$	92 687 \$	6 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	40 914 \$	33 935 \$	21 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	89 249 \$	82 938 \$	8 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	69 618 \$	65 265 \$	7 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champain	67 055 \$	58 715 \$	14 %
Maison des jeunes de St-Germain	92 995 \$	87 028 \$	7 %
Maison des jeunes de Wickham	64 414 \$	55 832 \$	15 %
Maison des jeunes du Bas St-François	84 445 \$	77 695 \$	9 %
Maison des jeunes la Forteresse	70 523 \$	62 500 \$	13 %
Partenaires 12-18/Érable	82 657 \$	79 496 \$	4 %
Partenaires Action jeunesse Mékinac	68 029 \$	63 531 \$	7 %
Trait d'union de Victoriaville	119 030 \$	115 444 \$	3 %
	3 189 196 \$	3 025 095 \$	5 %
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	16 003 \$	15 751 \$	2 %
Espace Bois-Francs	133 527 \$	130 440 \$	2 %
Espace Mauricie	143 230 \$	139 990 \$	2 %
Gentilly Transit jeunesse	53 800 \$	48 000 \$	12 %
Grands frères et grandes sœurs de Trois-Rivières	23 566 \$	15 000 \$	57 %
Le refuge La Pile du Centre du Québec inc.	172 861 \$	169 155 \$	2 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Autres ressources jeunesse (suite)			
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	80 888 \$	73 813 \$	10 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	82 158 \$	64 284 \$	28 %
Point de rue	247 467 \$	182 593 \$	36 %
Répit jeunesse	96 234 \$	90 562 \$	6 %
Toit Jef inc.	92 587 \$	90 145 \$	3 %
Trâsh – Travail de rue à Shawinigan	42 468 \$	35 631 \$	19 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	92 587 \$	90 145 \$	3 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	92 587 \$	90 145 \$	3 %
	1 369 963 \$	1 235 654 \$	11 %
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit Action de Drummondville inc.	423 569 \$	402 698 \$	5 %
Maison Raymond Roy	410 141 \$	402 698 \$	2 %
	833 710 \$	805 396 \$	4 %
Maintien à domicile			
Association des Personnes Aidantes de la Vallée-de-la-Batiscan	100 000 \$	82 547 \$	21 %
Association des personnes proches aidantes de Bécancour-Nicolet-Yamaska	100 000 \$	—	—
Association des Personnes Proches Aidantes Drummond	100 000 \$	39 847 \$	151 %
Association des proches aidants Arthabaska-Érable ²	100 000 \$	39 847 \$	151 %
Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer	703 879 \$	694 720 \$	1 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	100 000 \$	82 547 \$	21 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	100 000 \$	84 045 \$	19 %
Société Alzheimer du Centre du Québec	397 103 \$	282 476 \$	41 %
Soutien à domicile des Chenaux	22 000 \$	22 000 \$	0 %
	1 722 982 \$	1 328 029 \$	30 %
Centres d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	154 816 \$	138 914 \$	11 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	328 051 \$	278 504 \$	18 %
Centre d'action bénévole de Grand'Mère inc.	207 718 \$	162 061 \$	28 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	247 902 \$	227 005 \$	9 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	146 751 \$	128 368 \$	14 %

² Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2013-2014

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Centres d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	192 241 \$	160 212 \$	20 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	214 906 \$	167 141 \$	29 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	163 817 \$	144 244 \$	14 %
Centre d'action bénévole des Riverains	146 751 \$	127 737 \$	15 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	418 366 \$	327 432 \$	28 %
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	155 921 \$	136 472 \$	14 %
Centre d'action bénévole du Rivage	226 035 \$	149 411 \$	51 %
Centre d'action bénévole Lavolette	404 796 \$	325 357 \$	24 %
Centre d'action bénévole Mékinac	157 487 \$	143 441 \$	10 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	292 643 \$	245 649 \$	19 %
	3 458 201 \$	2 861 948 \$	21 %
Santé mentale			
Accalmie - Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	342 217 \$	330 633 \$	4 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	179 604 \$	175 792 \$	2 %
Association Le P.A.S.	177 304 \$	173 527 \$	2 %
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	13 064 \$	12 858 \$	2 %
Auto-Psy Mauricie	180 454 \$	176 628 \$	2 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	126 822 \$	124 861 \$	2 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	214 753 \$	173 924 \$	23 %
Centre prévention suicide Les Deux Rives	396 093 \$	392 903 \$	1 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	173 402 \$	169 687 \$	2 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	189 362 \$	185 396 \$	2 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	138 436 \$	135 272 \$	2 %
Groupe d'entraide La Lanterne	222 390 \$	217 756 \$	2 %
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	374 317 \$	365 668 \$	2 %
La maison Le Réverbère inc.	402 783 \$	393 888 \$	2 %
La Passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour-Nicolet-Yamaska	136 421 \$	133 288 \$	2 %
La Ruche Aire-ouverte inc.	175 091 \$	171 349 \$	2 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	146 192 \$	142 906 \$	2 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	118 136 \$	115 291 \$	2 %
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	165 832 \$	162 237 \$	2 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Santé mentale (suite)			
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francis inc.	181 604 \$	171 921 \$	6 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	67 949 \$	66 879 \$	2 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	234 969 \$	230 285 \$	2 %
Les parents partenaires inc.	126 777 \$	123 796 \$	2 %
Pivot Centre-Du-Québec	234 373 \$	229 698 \$	2 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	92 712 \$	83 961 \$	10 %
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	588 056 \$	575 900 \$	2 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	382 751 \$	376 723 \$	2 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	215 006 \$	123 721 \$	74 %
TDAH Mauricie Centre du Québec	53 302 \$	45 312 \$	18 %
	6 050 172 \$	5 782 060 \$	5 %
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	67 926 \$	61 274 \$	11 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	66 944 \$	61 274 \$	9 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	68 670 \$	63 157 \$	9 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	106 316 \$	79 737 \$	33 %
Diabète Bois-Francis	61 189 \$	56 065 \$	9 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	91 998 \$	87 547 \$	5 %
Hépatites ressources	109 200 \$	106 323 \$	3 %
La fondation des traumatisés crânio-cérébraux Mauricie Bois-Francis inc.	56 764 \$	55 870 \$	2 %
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Centre-du-Québec	46 438 \$	38 892 \$	19 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	73 810 \$	68 768 \$	7 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	70 000 \$	64 000 \$	9 %
	819 255 \$	742 907 \$	10 %
Cancer			
Le Ruban Rose	68 544 \$	64 093 \$	7 %
	68 544 \$	64 093 \$	7 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Maisons agréées de soins palliatifs			
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	431 839 \$	422 824 \$	2 %
Maison Marie Page	112 339 \$	-	-
Services René-Verrier	66 667 \$	-	-
	610 845 \$	422 824 \$	44 %
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-Soleil	71 855 \$	67 706 \$	6 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La Source	19 322 \$	15 891 \$	22 %
Association Parents-ressources des Bois-Francs	19 601 \$	19 292 \$	2 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	83 144 \$	76 275 \$	9 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 300 \$	2 460 \$	-7 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	85 911 \$	35 819 \$	140 %
La Parenthèse, Service Droits d'accès	18 829 \$	10 450 \$	80 %
Le Lion Maison de la famille	1 561 \$	1 536 \$	2 %
Le Rendez-vous familial inc.	2 365 \$	2 328 \$	2 %
Maison de la famille des Chenaux	16 296 \$	16 039 \$	2 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	22 026 \$	26 947 \$	-18 %
Maison de la famille, Drummond inc.	15 902 \$	15 652 \$	2 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	12 935 \$	9 378 \$	38 %
Maison des familles de l'Érable	17 273 \$	17 001 \$	2 %
Maison des familles de Mékinac	15 790 \$	15 541 \$	2 %
Maison des familles du Rivage	4 914 \$	4 837 \$	2 %
Maternaide du Québec	92 492 \$	88 476 \$	5 %
Ressource Parent-aides	26 151 \$	25 739 \$	2 %
	528 667 \$	451 367 \$	17 %
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	124 853 \$	121 903 \$	2 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	131 093 \$	127 901 \$	2 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	91 070 \$	87 333 \$	4 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	112 882 \$	106 657 \$	6 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	75 318 \$	71 037 \$	6 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	113 648 \$	107 505 \$	6 %

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Personnes démunies (suite)			
Centre du Plateau Laval	135 618 \$	129 331 \$	5 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	87 217 \$	84 214 \$	4 %
Ebyon	72 869 \$	68 304 \$	7 %
Entraide Bécancour inc.	66 257 \$	60 978 \$	9 %
Fonds communautaire des Chenaux	97 177 \$	93 036 \$	4 %
La Maison de l'Abondance	60 603 \$	57 967 \$	5 %
La Sécurité alimentaire	85 273 \$	82 062 \$	4 %
La Table populaire	118 387 \$	100 554 \$	18 %
La Table populaire Shawinigan inc.	85 657 \$	82 487 \$	4 %
L'Entre-aide de Louiseville	82 127 \$	77 841 \$	6 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	98 778 \$	92 686 \$	7 %
Les cuisines collectives de Francheville	119 918 \$	116 097 \$	3 %
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	125 368 \$	122 134 \$	3 %
Ludolettre	101 693 \$	95 914 \$	6 %
Maison Coup de pouce T.R.	98 586 \$	92 447 \$	7 %
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	112 630 \$	139 922 \$	20 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	92 157 \$	88 507 \$	4 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	120 713 \$	114 770 \$	5 %
Ressource Aide alimentaire	81 506 \$	77 890 \$	5 %
	2 491 398 \$	2 399 477 \$	4 %
VIH – SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	125 457 \$	122 497 \$	2 %
Maison Re-Né inc.	305 359 \$	290 404 \$	5 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	112 215 \$	100 507 \$	12 %
	543 031 \$	513 408 \$	6 %
Orientation et identité sexuelles			
Groupe régional d'intervention sociale (GRIS) – Mauricie/Centre-du-Québec ¹	64 636 \$	55 853 \$	16 %
	64 636 \$	55 853 \$	16 %

¹ Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2013-2014

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	201 152 \$	176 336 \$	14 %
	201 152 \$	176 336 \$	14 %
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	649 956 \$	636 197 \$	2 %
La Rose des vents de Drummond inc.	664 716 \$	650 724 \$	2 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	665 083 \$	651 086 \$	2 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	691 897 \$	675 784 \$	2 %
Le Toit de l'Amitié	639 059 \$	625 471 \$	2 %
Maison « de Connivence » inc.	666 803 \$	651 086 \$	2 %
Maison d'hébergement La Voile-Face	667 304 \$	653 272 \$	2 %
	4 644 818 \$	4 543 620 \$	2 %
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	192 379 \$	188 365 \$	2 %
Centre de femmes Parmi elles	192 197 \$	188 186 \$	2 %
Centre des femmes L'Héritage	192 197 \$	188 186 \$	2 %
Femmes de Mékinac	192 007 \$	187 999 \$	2 %
La maison des femmes des Bois-Francs	192 290 \$	188 278 \$	2 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	207 885 \$	201 658 \$	3 %
Maison des femmes de Drummondville	192 448 \$	188 433 \$	2 %
	1 361 403 \$	1 331 105 \$	2 %
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	533 436 \$	524 051 \$	2 %
	533 436 \$	524 051 \$	2 %
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
CALACS Entraid'Action, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	149 527 \$	146 188 \$	2 %
CALACS La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	252 647 \$	247 684 \$	2 %
Calacs Unies-vers-elles ¹	135 259 \$	132 145 \$	2 %

¹ Organisme ayant changé de dénomination sociale en 2013-2014

	Budget total 2013-2014	Budget total 2012-2013	Variation
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) (suite)			
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	281 356 \$	303 941 \$	-7 %
	818 789 \$	829 958 \$	-1 %
Ressources pour hommes			
Chez-nous, Entre-hommes	166 235 \$	112 393 \$	48 %
Halte Drummond	147 152 \$	143 850 \$	2 %
Homme alternative	147 152 \$	143 850 \$	2 %
L'Accord Mauricie inc.	224 546 \$	221 010 \$	2 %
	685 085 \$	621 103 \$	10 %
	38 844 601 \$	36 096 511 \$	8 %

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

LE BILAN D'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN OEUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Le 12 juin 2010, l'Assemblée nationale sanctionnait le projet de loi 100 établissant l'objectif de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010, et ce, à la fin de l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2014. Des mesures spécifiques visant la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement ainsi qu'une réduction de 25 % des dépenses de déplacement, de formation et de publicité avaient été ciblées par le gouvernement en 2010-2011 pour y arriver.

La région a soumis un plan d'action régional pour atteindre les cibles fixées par le Ministère. Le tableau suivant indique les résultats régionaux atteints au terme du délai octroyé pour atteindre cet objectif. Globalement, la région a atteint les cibles sur chacun des aspects visés par ces mesures.

Suivi Loi 100	Cibles globales 2010-2014	Suivi de la réduction des effectifs					Suivi de la diminution des frais administratifs			
		Heures travaillées 2009-2010	Heures travaillées 2013-2014	Niveau d'économie atteint	Cibles MSSS 2010-2014	Écart favorable (défavorable)	Dépenses acceptées 2009-2010	Cibles dépenses maximales 75 %	Résultats 2013-2014	Écart favorable (défavorable)
CSSS du Haut-Saint-Maurice	275 000 \$	149 059	143 591	5 468	2 492	2 976	135 579 \$	101 684 \$	101 415 \$	269 \$
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	232 000 \$	144 301	139 602	4 699	2 290	2 409	134 037 \$	100 528 \$	99 948 \$	580 \$
CSSS de l'Énergie	960 000 \$	563 076	555 545	7 531	8 885	(1 354)	322 873 \$	242 155 \$	241 586 \$	569 \$
CSSS de Maskinongé	295 000 \$	147 509	136 547	10 962	2 585	8 377	126 800 \$	95 100 \$	82 165 \$	12 935 \$
CSSS de Trois-Rivières	1 931 000 \$	1 130 490	1 121 704	8 786	16 165	(7 379)	621 842 \$	466 382 \$	465 054 \$	1 328 \$
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	470 000 \$	269 105	261 623	7 482	3 876	3 606	191 050 \$	143 288 \$	136 572 \$	6 716 \$
CSSS Drummond	895 000 \$	515 293	506 070	9 223	7 805	1 418	297 949 \$	223 462 \$	223 358 \$	104 \$
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	934 000 \$	625 152	609 917	15 235	9 654	5 581	420 518 \$	315 389 \$	313 488 \$	1 901 \$
CRD Domrémy	71 000 \$	30 520	27 112	3 408	544	2 864	84 146 \$	63 110 \$	62 800 \$	310 \$
CRDP InterVal	205 000 \$	63 526	57 746	5 780	1 630	4 150	237 584 \$	178 173 \$	110 402 \$	67 771 \$
Centre jeunesse	651 000 \$	202 479	177 793	24 686	4 914	19 772	389 658 \$	292 244 \$	248 027 \$	44 217 \$
CRDTEC MCQ-IU	519 000 \$	129 952	122 216	7 736	4 538	3 198	546 064 \$	409 548 \$	258 479 \$	151 069 \$
Agence MCQ	753 326 \$	136 874	120 316	16 558	14 837	1 721	452 557 \$	339 418 \$	286 461 \$	52 957 \$
TOTAL	8 191 326 \$	4 107 336	3 979 782	127 554	80 415	47 139	3 960 637 \$	2 970 476 \$	2 629 755 \$	340 723 \$
		Cible atteinte					Cible atteinte			

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2013-2014, sept établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le MSSS. Les montants autorisés au 31 mars 2014 figurent dans le tableau ci-bas.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2014 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 2,05 % (2,48 % en 2012-2013) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région. Pour ce qui est des dépenses en immobilisations, cette proportion est de 1,47 % (1,53 % en 2012-2013).

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement; ces derniers étant sous la gestion du MSSS. Un maximum régional est cependant imposé à la région pour les dépenses en immobilisations, excluant les projets d'économie d'énergie. Ce dernier s'élève à 3 830 000 \$. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Montants totaux pour chaque type ou catégorie d'emprunt	31 mars 2014	31 mars 2013	
	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Emprunts autorisés
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	22 900 000 \$	8 000 000 \$	24 500 000 \$
Ajustement régional	0 \$		2 500 000 \$
Traitement différé	600 000 \$		600 000 \$
	23 500 000 \$	8 000 000 \$	27 600 000 \$
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	696 856 \$	182 563 \$	814 825 \$
Projets financés par les activités accessoires			
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS)	16 173 382 \$	10 645 321 \$	16 173 382 \$
	16 870 238 \$	10 827 884 \$	16 988 207 \$
Total régional	40 370 238 \$	18 827 884 \$	44 588 207 \$

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

Établissements	2013-2014		2012-2013	
	Revenus totaux	Résultats	Revenus totaux	Résultats
CSSS				
du Haut-Saint-Maurice	33 559 854 \$	3 809 \$	33 061 156 \$	249 421 \$
de la Vallée-de-la-Batiscan	30 540 099 \$	723 605 \$	29 314 677 \$	389 639 \$
de l'Énergie	185 555 021 \$	(1 218 410 \$)	175 573 443 \$	(242 891 \$)
de Maskinongé	34 499 820 \$	228 984 \$	34 229 479 \$	(155 296 \$)
de Trois-Rivières	355 713 809 \$	(2 288 196 \$)	344 215 246 \$	(1 048 391 \$)
de Bécancour-Nicolet-Yamaska	63 656 580 \$	832 244 \$	62 052 555 \$	1 076 846 \$
Drummond	163 990 872 \$	283 638 \$	158 691 786 \$	1 922 368 \$
d'Artibaska-et-de-l'Érable	163 094 487 \$	273 624 \$	158 187 583 \$	929 338 \$
	1 030 610 542 \$	(1 160 702 \$)	995 325 925 \$	3 121 034 \$
Centre de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	83 719 015 \$	478 359 \$	81 515 938 \$	(307 245 \$)
Domrémy MCQ	8 776 502 \$	489 496 \$	8 572 901 \$	245 994 \$
CR InterVal	31 748 764 \$	212 940 \$	32 107 261 \$	458 448 \$
CRDITED MCQ - Institut universitaire	75 725 991 \$	773 066 \$	68 892 837 \$	408 655 \$
	199 970 272 \$	1 953 861 \$	191 088 937 \$	805 852 \$
Privés conventionnés				
Foyer Sts-Anges Ham-Nord	2 365 061 \$	145 221 \$	2 228 906 \$	93 753 \$
Vigi Santé Itée (Les Chutes)	6 139 446 \$	44 609 \$	6 036 604 \$	39 792 \$
	8 504 507 \$	189 830 \$	8 265 510 \$	133 545 \$
Cible déficitaire				
	1 239 085 321 \$	982 989 \$	1 194 680 572 \$	4 060 431 \$

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

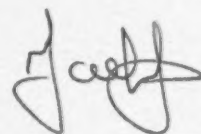
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

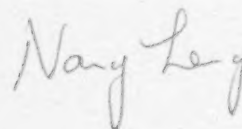
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Gaétan Lamy
Président-directeur général



Nancy Lemay
Directrice du financement et des investissements

LE RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.26) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Cholet Brant Thornton S.E. N.C.R. L.

Trois-Rivières

Le 5 septembre 2014

LES ÉTATS FINANCIERS

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2014

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R pour réserve			R pour réglée			
O pour observation			PR pour partiellement réglée			
C pour commentaire			NR pour non réglée			

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou visés à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres

Rapport à la gouvernance

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget de fonctionnement 1	Activités principales		Activités accessoires	
			Exercice courant 2	Exercice précédent 3	Exercice courant 4	Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
Budget signifié	01	10 515 584	10 628 654	10 999 915	153 921	140 934
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P.290-1)	02	99 506	3 490	197 841		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	100 000	400	(800)	(36 004)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04			22 760		
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	10 715 090	10 632 544	11 219 716	117 917	140 934
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	30 000	35 936	33 035		
Revenus de type commercial	07		XXXX	XXXX		
Revenus d'autres sources						
Ventes de services et recouvrements	08	474 286	431 662	438 636		
Subventions - Gouvernement du Canada	09	22 223	20 653	20 497		
Autres revenus (cf. P.290-2)	10	133 771	252 874	301 244		
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	11 375 370	11 373 669	12 013 128	117 917	140 934
CHARGES						
Salaires	12	6 709 382	6 768 577	6 752 537	26 244	53 097
Avantages sociaux	13	1 944 214	1 935 400	1 967 657	4 939	12 132
Charges sociales (cf. P.290-2)	14	912 881	940 764	918 836	3 121	7 254
Frais de déplacement et représentation	15	166 265	162 630	156 211	XXXX	XXXX
Services achetés (cf. P.290-3 et 290-4)	16	701 269	533 393	588 870	82 672	62 839
Publicité et communication	17	129 250	123 831	119 058		
Loyers	18	781 775	819 810	763 083		
Location d'équipement	19	65 000	61 480	57 892		
Fournitures de bureau	20	130 000	112 305	158 161		
Dépenses de transfert	21	11 000	11 025	137 996		
Entretien et réparations	22	105 000	85 737	98 069		
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	144 050	199 539	179 054		
Charges extraordinaires	26		XXXX	XXXX		
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	11 800 086	11 754 491	11 897 444	116 976	141 332
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)						
	28	(424 716)	(380 822)	115 684	941	(398)
Renseignements à titre informatif						
Contributions de l'avoir-propre (+)	29	262 216				
Transferts interfonds - En provenance						
de Fonds affectés (+)	30				XXXX	XXXX
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	187 500	186 572	186 573	XXXX	XXXX
du Fonds de stationnement (+)	32					
Transferts interfonds - Affectations						
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(25 000)		(48 984)		
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34		XXXX	XXXX		
à d'autres fonds (-)	35					
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36		(194 250)	253 273	941	(398)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements			
Variation des revenus reportés - MSSS	01	7 689 498	6 164 310
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	02	(1 046 477)	72 824
FINESSES	03		
Contributions des établissements	04		
Revenus de placements	05		86 218
Revenus d'autres sources	06	9 114	22 601
Ventes de services et recouvrements			
Subventions - Gouvernement du Canada	07	234 344	318 668
Autres revenus (cf. P.291)	08		
	09	81 814	63 321
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	6 968 293	6 727 942
CHARGES			
Salaires			
Avantages sociaux	11	2 049 341	2 030 830
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	12	478 463	468 861
Charges sociales - autres	13	109 020	116 313
Frais de déplacement et de représentation	14	175 784	162 250
Services achetés (cf. P.291)	15	41 711	55 398
Publicité et communication	16	3 384 905	3 127 150
Loyers	17	267 860	176 157
Dépenses de transfert	18	70 202	63 277
Fournitures de bureau	19	321 418	348 223
Entretien et réparations	20	8 268	30 408
Créances douteuses	21	10 687	1 864
Autres charges (cf. P.291)	22		
	23	365 915	358 048
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	7 283 574	6 938 779
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	(315 281)	(210 837)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance du Fonds d'exploitation (+)	27		
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		15 912
de Fonds affectés (+)	29	63 017	61 017
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)	30		
au Fonds des activités régionalisées (-)	31	(186 572)	(186 573)
à des Fonds affectés (-)	32		(15 912)
au Fonds d'immobilisations (-)	33		
Autres transferts interfonds	34		(92 925)
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	(438 836)	(429 318)

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 234 869	984 307
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	2 307 473	2 859 627
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04	7 737	
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
Subventions - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	06		
Contributions et dons (cf. P.289)	07		
Autres revenus (cf. P.292)	08		7 676
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	3 550 079	3 851 610
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P.366)	10	2 324 540	2 881 609
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	26 291	20 973
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	41 536	34 563
Services achetés (cf. P.292)	14	15 987	39 622
Entretien et maintien des actifs	15	45 160	45 484
Autres charges non capitalisées (cf. P.292)	16		1 103
Amortissement des immobilisations	17	1 099 753	957 080
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18	2 625	
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	3 555 902	3 980 434
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(5 823)	(128 824)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21		48 984
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24		92 925
Fonds affectés (+)	25	1 081 377	2 530 621
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	1 075 554	2 543 706

SOLDE DE FONDS

		Activités ① principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C. 1 + C. 2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	115 684	1 586 256	1 701 940	1 449 065
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02		(380 822)	(380 822)	115 684
Transferts interfonds - EN provenance					
de Fonds affectés (+) (préciser)	03	xxxx			
du Fonds des activités régionalisées (+) (p.298-1)	04	xxxx	186 572	186 572	186 573
du Fonds de stationnement (+) (préciser)	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-) ①	06				(48 984)
à d'autres fonds (-) (préciser)	07	xxxx			
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	941	941	(398)
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			
au Fonds de stationnement (c-a 8510) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (-) (préciser)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx			
Autres corrections (cf. page 268)	15				
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16		(193 309)	(193 309)	252 875
Redressements demandés par le MSSS (cf. page 268)	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L. 01 + L.16 + L.17)	18	115 684	1 392 947	1 508 631	1 701 940

① Exceptionnellement pour les fins de reports, lorsque l'agence n'a pas transféré les économies liées aux projets d'investissement financés par les activités principales des exercices antérieurs, elle doit les inscrire aux activités principales de l'exercice courant à la ligne 06.

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	104 386	76 292	1 983 439	2 412 757
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(5 823)	(128 824)	(315 281)	(210 837)
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds d'exploitation (+) (préciser C.3)	03		48 984		
du Fonds des activités régionalisées (+) (préciser C.3)	04		92 925		15 912
de Fonds affectés (+) (p 298-1)	05	1 081 377	2 530 621	63 017	61 017
du Fonds de stationnement (+)	06			XXXX	XXXX
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'exploitation (-) (p 298-1)	07			(186 572)	(186 573)
au Fonds des activités régionalisées (-) (préciser C.3)	08				(15 912)
à des Fonds affectés (-) (préciser C.3)	09				
au Fonds d'immobilisations (-) (préciser C.3)	10	XXXX	XXXX		(92 925)
Autres transferts interfonds	11	(1 054 641)	(2 515 612)		
Contribution de l'avoir-propre (+)	12				
Autres additions (déductions) (préciser)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	20 913	28 094	(438 836)	(429 318)
Redressements (préciser)	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	125 299	104 386	1 544 603	1 983 439

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	3 052 777	2 876 263	2 365 856	2 633 554
Placements temporaires	02				
Débiteurs MSSS (cf. P.295 et P.296)	03	91 670	239 366	237 429	163 908
FINESSES	04	XXXX	XXXX		
Etablissements publics (cf. P.295 et P.296)	05	21 587	30 216	46 000	63 261
Gouvernement du Canada	06	4 690	6 281		
Créances interfonds (préciser)	07				
Autres débiteurs (cf. P.295 et P.296-1)	08	128 343	132 429	1 041 188	116 773
Frais payées d'avance	09	49 521	40 140	177 292	368 349
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	1 104 556	1 106 230	116 857	116 857
Autres éléments d'actif (cf. P.295-1 et P.296-1)	12	79 033	60 859	596	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	4 542 177	4 491 784	3 985 218	3 462 702
PASSIF					
Découvert bancaire	14			59 505	109 648
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer MSSS (cf. P.295-1 et P.296-1)	17				
Etablissements publics (cf. P.295-1 et P.296-2)	18	27 057	460	870 678	132 532
Dettes interfonds (préciser)	19				
Salaires courus à payer	20	796 996	738 831	21 402	17 113
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	20 369	21 576		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.295-2 et P.296-2)	22	537 548	505 733	193 929	649 070
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221 et P.221-1)	23	1 140 177	1 187 908	207 386	209 660
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés (cf. P.345, P.346 et P.459)	25	511 399	305 991	1 087 715	361 240
Dettes à long terme	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments de passif (cf. P.295-2 et P.296-2)	27		29 345		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	3 033 546	2 789 844	2 440 615	1 479 263
SOLDE DE FONDS	29	1 508 631	1 701 940	1 544 603	1 983 439
TOTAL - PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	4 542 177	4 491 784	3 985 218	3 462 702

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	553 160	1 292 439
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	20 086 715	25 420 863
Débiteurs			
MSSS (cf. P. 360)	04	515 891	554 173
Gouvernement du Canada	05		
Créances interfonds (préciser)	06		
Autres débiteurs (cf. P. 297)	07	26 563	32 547
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	5 886 902	5 707 914
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P. 360)	10	44 437 587	50 429 082
Frais reportés liés aux dettes	11	123 102	106 849
Autres éléments d'actif (cf. P. 297)	12	6 263 502	6 164 547
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	77 693 422	89 708 414
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires (cf. P. 367)	15	27 640 806	34 066 548
Intérêts courus à payer (cf. P. 366)	16	607 648	646 222
Créditeurs et autres charges à payer			
MSSS (cf. P. 360)	17		
Dettes interfonds (préciser)	18		
Salaires courus à payer	19		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	20		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P. 297-1)	21	37 426	265 756
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P. 221-1)	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. P. 389)	24		
Autres revenus reportés (cf. P. 386)	25		
Passifs environnementaux (cf. P. 297-1)	26		
Dettes à long terme (cf. P. 367)	27	49 208 166	53 826 998
Autres éléments de passif (cf. P. 297-1)	28	74 077	798 504
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	77 568 123	89 604 028
SOLDE DE FONDS	30	125 299	104 386
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	77 693 422	89 708 414

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	3 490 317	3 146 624
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS (cf. P.294)	03	699 539	1 986 291
FINESSE	04		
Établissements publics (cf. 294)	05	176 815	16 387
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	351 306	116 033
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	43 171	53 758
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12	4 204	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	4 765 352	5 319 093
PASSIF			
Découvert bancaire	14	4 455	
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P.294-1)	17	463 173	258 181
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	2 274	2 387
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.294-2)	22	1 485 168	763 832
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	41 318	43 171
Revenus reportés - MSSS (cf. 559)	24	977 387	1 980 066
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P.5C.2)	26		56 487
Autres éléments de passif (cf. P.294-2)	27	55 334	1 294 064
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	3 029 109	4 398 188
SOLDE DE FONDS	29	1 736 243	920 905
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	4 765 352	5 319 093

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	920 905	926 537
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	469 555	81 730
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de Fonds affectés (+) (préciser)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(63 017)	(61 017)
à d'autres Fonds affectés (-) (préciser)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(26 736)	(15 009)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		
Autres additions (déductions) (préciser)	11		(11 336)
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	379 802	(5 632)
Redressements (préciser)	13	435 536	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 736 243	920 905

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	33 635 846	30 872 595
Crédits régionaux	02		1 200 000
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03	1 002 679	(123 155)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	7 447 809	7 096 657
Revenus de placements	06	53 988	49 276
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P.293)	08	8 524 290	7 843 481
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	50 664 612	46 938 854
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	48 609 791	46 142 420
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	309 691	316 045
Avantages sociaux	14	37 786	64 914
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	9 240	11 374
Charges sociales - Autres	16	15 707	15 660
Frais de déplacement et de représentation	17	4 612	10 415
Services achetés (cf. P.293)	18	625 716	139 893
Location d'équipement	19	2 774	2 774
Fournitures de bureau	20	28 890	25 247
Autres charges (cf. P.293)	21	550 850	128 382
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	50 195 057	46 857 124
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	469 555	81 730

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

		Exercice courant 1
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2013-2014 inscrit dans le SYSTÈME SBF-R	01	1 157 104 446
AFFECTATIONS de l'enveloppe régionale		
Allocations aux établissements	02	1 058 955 200
Allocations aux organismes communautaires	03	40 978 110
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	868 697
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au SYSTÈME SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	1 100 802 007
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	47 678 472
Autres montants des allocations affectées (préciser)	07	
	08	
	09	
TOTAL - Affectations de l'enveloppe régionale (L.05 à L.09)	10	1 148 480 479
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)	11	8 623 967
COMPTES À PAYER inscrits en fin d'exercice dans le SYSTÈME SBF-R		
<i>Pour les établissements publics</i>		
Comptes à payer signifiés (p.298)	12	7 884 406
Comptes à payer non signifiés	13	
<i>Pour les organismes autres que les établissements publics</i>		
Comptes à payer signifiés (p.298)	14	225 000
Comptes à payer non signifiés	15	
TOTAL - Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.15)	16	8 109 406
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	17	514 561
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)	18	

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'agence est constituée le 1^{er} janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social du centre est situé à Trois-Rivières.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES**Référentiel comptable**

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits y donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont respectées.

Les sommes en provenance d'une entité autre qu'un gouvernement ou qu'un organisme public hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel se termine le projet ou l'activité, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'agence envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégories	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement médical	12 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Autres équipements	5 à 15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

L'agence ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts interfonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités de l'agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales comprennent les opérations qui découlent des fonctions que l'agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (SUITE)

Classification des activités (suite)

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une l'agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 3 – PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) l'agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 31/03/14	Budget 31/03/14
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	01	10 628 654	10 373 323
(Diminution) ou augmentation du financement	02	3 490	99 506
Variation des revenus reportés - MSSS	03	400	100 000
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable – variation de la provision pour Vacances, congés de maladie et fériés	04		
Total Subvention du MSSS (L.01 à L.04)	05	10 632 544	10 572 829
Revenus d'intérêts	06	35 936	30 000
Revenus de type commercial	07		
Ventes de services et recouvrements	08	550 214	474 286
Subventions du gouvernement fédéral	09	20 653	22 223
Autres revenus	10	134 322	133 771
Total des produits (L.05 à L.11)	11	11 373 669	11 233 109
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	12	6 768 577	6 655 356
Avantages sociaux	13	1 935 400	1 926 082
Charges sociales	14	940 764	905 617
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	15	162 630	163 535
Services achetés	16	533 393	641 160
Publicité et communications	17	123 831	129 250
Loyers	18	819 810	781 775
Location d'équipement	19	61 480	65 000
Fournitures de bureau	20	112 305	130 000
Dépenses de transfert	21	11 025	11 000
Entretien et réparations	22	85 737	105 000
Frais financiers	23		
Créances douteuses	24		
Autres charges incluant les charges non réparties	25	199 539	144 050
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	11 764 491	11 657 825
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.26)	27	(380 822)	(424 716)

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 4 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 28, colonne 2 se solde par un excédent des charges sur les revenus au montant de 380 822 \$ et est imputé à l'avoir propre.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 200, ligne 28, colonne 4 se solde par un excédent des revenus sur les charges de 941 \$ et est imputé à l'avoir propre.

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses dépenses.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'agence n'a pas respecté cette obligation légale.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2014, l'agence possède un total d'autorisations d'emprunt de 65 723 486 \$ pour le fonds des équipements et de 100 076 220 \$ pour le fonds des immobilisations au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,527 % à la date du bilan. Ces emprunts sont garantis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le montant emprunté au 31 mars 2014 est de 20 566 438 \$.

Au 31 mars 2014, l'agence dispose également d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 \$ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,52 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2014 est de 6 260 234 \$ incluant les intérêts capitalisés. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2014. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

NOTE 6 - Marge de crédit

	2014	2013
Marge de crédit du Fonds de financement, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,05 %. Le taux préférentiel au 31 mars 2014 est de 1,277 % (2013 : 1,27 %)	814 134 \$	1 785 679 \$

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME

	2014	2013
Emprunts de 101 380 196 \$, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66% et 9,82%, est payable semestriellement.	4 714 773	6 181 510
Emprunt de 16 701 600 \$, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 \$ et un versement final de 7 348 704 \$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306% est payable semestriellement.	8 016 768	8 684 832
Emprunt de 4 966 274 \$, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 \$ et un versement final de 202 437 \$, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514% est payable semestriellement.	1 691 136	1 988 876
Emprunt de 8 210 269 \$, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 \$ et un versement final de 1 923 429 \$, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118% est payable semestriellement.	2 407 032	2 890 635
Sous-total	16 829 709 \$	19 745 853 \$

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2014	2013
Sous-total	16 829 709 \$	19 745 853 \$
Emprunt de 1 127 937 \$, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 \$ et un versement final de 857 232 \$, échu en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	-	857 232
Emprunt de 2 078 938 \$, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 \$ et un versement final de 1 024 139 \$, échu en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408% est payable semestriellement.	-	1 024 139
Emprunt de 2 634 549 \$, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 \$ et un versement final de 2 107 639 \$, échu en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	-	2 107 639
Emprunt de 6 777 363 \$, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 \$ et un versement final de 3 972 847 \$, échu en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478% est payable semestriellement.	-	3 972 847
Emprunt de 353 487 \$, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 \$ et un versement final de 282 790 \$, échéant en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222% est payable semestriellement.	282 790	296 929
Emprunt de 12 213 085 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,544%, remboursable par annuité de 1 331 665 \$ et un versement final de 4 297 924 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	6 886 422	8 218 088
Emprunt de 801 060 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 32 042 \$ et un versement final de 640 848 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	704 933	736 975
Emprunt de 3 098 527 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,835 %, remboursable par annuité de 221 323 \$ et un versement final de 1 991 910 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	2 434 557	2 655 881
	27 138 411 \$	39 615 583 \$

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2014	2013
Sous-total	27 138 411 \$	39 615 583 \$
Emprunt de 659 071 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,82 %, remboursable par annuité de 26 363 \$ et un versement final de 527 256 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2016.	579 982	606 345
Emprunt de 1 575 125 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuité de 71 323 \$ et un versement final de 1 147 186 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	1 432 479	1 503 802
Emprunt de 4 862 524 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,428 %, remboursable par annuité de 712 967 \$ et un versement final de 584 720 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	3 436 590	4 149 557
Emprunt de 2 689 697 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuité de 121 199 \$ et un versement final de 2 083 702 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	2 568 498	2 689 697
Emprunt de 5 262 014 \$ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 2,099 %, remboursable par annuité de 786 850 \$ et un versement final de 1 327 766 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en juin 2018.	4 475 164	5 262 014
Emprunt de 3 411 944 \$ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,612 %, remboursable par annuité de 560 903 \$ et un versement final de 607 428 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2019.	3 411 944	-
	43 043 067 \$	53 826 998 \$

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 7 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2014	2013
Sous-total	43 043 067 \$	53 826 998 \$
Emprunt de 5 316 760 \$ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,1268%, remboursable par annuité de 250 595 \$ et un versement final de 4 314 380 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	5 316 760	-
Emprunt de 848 339 \$ auprès Du Fonds de financement, portant intérêts au taux de 2,1268%, remboursable par annuité de 175 800 \$ et un versement final de 145 140 \$, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2018.	848 339	-
Total	49 208 166 \$	53 826 998 \$

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec et au Fonds de Financement.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2014-2015	7 348 895
2015-2016	6 082 794
2016-2017	4 931 126
2017-2018	3 319 732
2018-2019	3 688 401
	25 370 948 \$

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 octobre 2020 pour des locaux administratifs et des biens loués.

La charge de location de l'exercice terminé le 31 mars 2014 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 893 697\$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2015	880 544 \$
2016	574 682
2017	67 002
2018	65 147
2019 et subséquents	74 831
	<u>1 662 206 \$</u>

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut St-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des quatre prochains exercices sont les suivants :

2014-2015	80 000 \$
2015-2016	60 000
2016-2017	40 000
2017-2018	30 000
	<u>210 000 \$</u>

NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 - ÉVENTUALITÉS

L'agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 3 280 183 \$. L'agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers. Toutefois, l'agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 - AUDITÉE

NOTE 10 - ÉVENTUALITÉS (SUITE)

Au 31 mars 2014, l'agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 \$ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 1,52 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2014 est de 6 260 234 \$ incluant les intérêts capitalisés. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2014. Cet emprunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

Le CSSS de Trois-Rivières et la Société Québécoise des Infrastructures ont entrepris des recours juridiques contre l'entrepreneur.

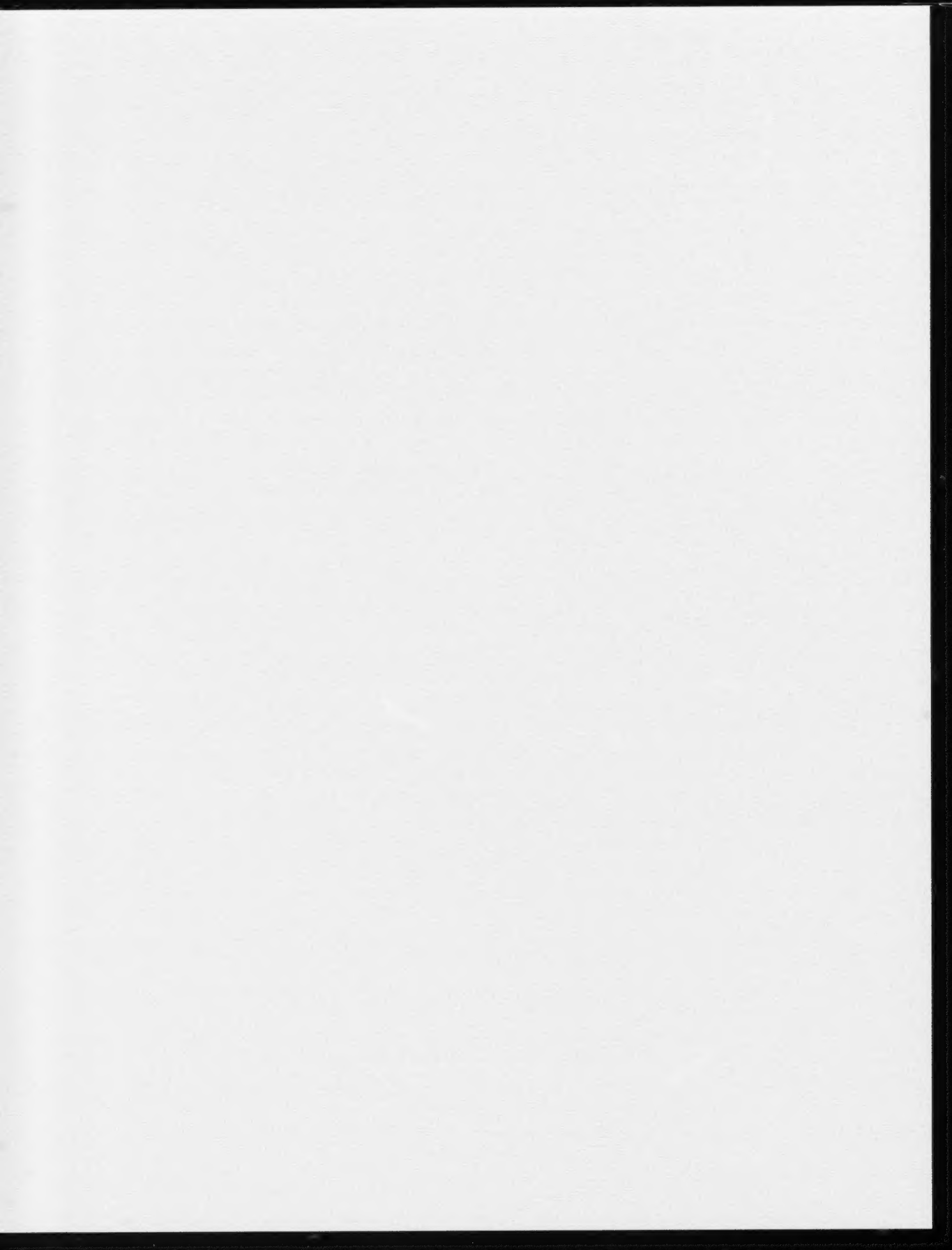
Dans l'éventualité où les indemnités reçues eu égard à la réclamation spécifique des coûts incidents au Pavillon St-Joseph ne couvriraient pas la totalité des coûts, l'agence devra assumer le manque à gagner jusqu'à concurrence de 1 500 000 \$ à même ses crédits régionaux.

NOTE 11 - ANALYSES DU MSSS

Compte tenu que l'analyse du MSSS a été reçue après la fermeture des livres comptables de l'agence, la libération du surplus de fonds n'a pas été comptabilisée.

NOTE 12 - DONNÉES COMPARATIVES

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.



LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2013-2014

Section 4

DIRECTION GÉNÉRALE

CANCÉROLOGIE

Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
Programme québécois de dépistage du cancer (PQDCCR)	Implantation de la phase 1 du PQDCCR	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

En tant que site pilote désigné par le MSSS, le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable a complété la phase 1 du programme de dépistage. En bonification aux attentes ministérielles, tous les autres établissements ont amorcé les travaux en lien avec les exigences de la phase 1 du PQDCCR.

Toujours dans un mode proactif, l'implantation du test RSQSI est complétée dans l'ensemble de la région. Les travaux de mise à niveau se poursuivront en 2014-2015 en fonction des directives qui seront amenées par la Direction québécoise de cancérologie (DQC).

Nom : Véronique Laquerre Côte

Date : 28 avril 2014

Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
Plan québécois des infrastructures 2013-2018	N/A	N/A
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	N/A	N/A
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés	Offre d'évaluation à 100 % des réfugiés arrivés en 2013-2014	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Pour les attentes ministérielles *Plan québécois des infrastructures 2013-2018* et *Stratégie québécoise d'économie d'eau potable*, aucune reddition de comptes régionale n'est attendue par le MSSS.

Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés

Pour 2013-2014, la région a reçu moins de réfugiés que prévu, soit un total de 138 personnes : 34 à Victoriaville, 43 à Drummondville et 61 à Trois-Rivières. Dans l'ensemble, la quasi-majorité des personnes ont reçu un bilan de santé et une évaluation psychosociale. Toutefois, il faut noter que 2 personnes à Victoriaville n'ont pas eu de bilan de bien-être pour cause de déménagement. De plus, à Trois-Rivières, le bilan de santé est effectué par l'infirmière. Comme il n'y a aucun médecin de rattaché à l'équipe qui est en suivi auprès des réfugiés, le suivi médical est problématique, de même que les demandes d'examen et de tests spécifiques. Actuellement, des démarches sont en cours pour recruter des médecins et il semble que des développements positifs pourraient se réaliser en 2014.

Il est essentiel pour l'Agence de maintenir l'organisation actuelle des services aux réfugiés qui sont dispensés par des équipes à temps partiel dans les 3 CSSS des territoires d'accueil. L'expertise terrain développée de même que les relations solides établies avec les professionnels de la santé, principalement les médecins, sont en grande partie tributaires de la présence d'équipes expérimentées sur chacun de ces territoires. Les coûts engendrés par le maintien de trois équipes spécialisées sont largement couverts par la précocité et la proximité des interventions auprès d'une clientèle très vulnérable.

Nom : Guy Godin

Date : 1^{er} mai 2014

Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
Processus de coordination lié aux projets d'optimisation	Tableau présentant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Stratégie de coordination régionale ou interrégionale - Analyse des besoins et attentes des établissements de sa région - Objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015 - Cartographie des projets de la région - Présentation de l'utilisation des sommes versées par le MSSS - Présentation des investissements régionaux 	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Le processus de coordination a été élargi en cours d'exercice 2013-2014 afin d'intégrer les projets touchant l'amélioration de chacun des aspects de la performance (accessibilité, qualité et optimisation).

Compte tenu de l'impact significatif de ces modifications, certains travaux ont été retardés. C'est le cas notamment de l'élaboration de la stratégie de coordination régionale, de l'analyse des besoins et des attentes des établissements de la région ainsi que de la définition des objectifs régionaux et livrables visés pour 2013-2015. Ces travaux sont toujours en cours.

Bien que non complétée, certaines bases de la stratégie de coordination sont maintenant bien établies, le tout en cohérence avec les travaux du MSSS. Ces travaux en lien avec la table nationale de concertation et de coordination en amélioration de la performance (TNCCAP) se poursuivront en 2014-2015.

La cartographie des projets régionaux ainsi que la présentation des sommes versées par le MSSS et des investissements régionaux ont été complétées.

Noms : Mélanie Perron

Date : 5 mai 2014

Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
Optimisation en soutien à domicile	N/A	N/A
Augmentation des services communautaires et bénévoles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie	Rapport contenant les éléments demandés (utilisation des sommes, liste d'organismes ayant bénéficié d'un montant, nombre de personnes ayant bénéficié de services)	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Augmentation du nombre de personnes évaluées ou réévaluées	État de situation des usagers évalués ou réévalués	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
La gestion de cas pour les personnes âgées en soutien à domicile	État de situation sur le nombre de gestionnaires de cas	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	État de situation de la planification des composantes	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014	État de situation de la mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Pour la priorité *Optimisation en soutien à domicile*, la date de reddition de comptes est le 30 septembre 2014. Par conséquent, elle ne s'applique pas au présent bilan.

Services communautaires et bénévoles auprès des personnes âgées en perte d'autonomie

En 2013-2014, l'Agence a alloué un budget de développement favorisant l'augmentation des services communautaires et bénévoles en soutien à l'autonomie des personnes âgées. Ce budget de 930 200 \$ était destiné majoritairement à consolider le financement à la mission globale d'organismes communautaires offrant des services de popote roulante, de transport bénévole, de répit-dépannage, de groupes d'entraide, etc. En conséquence, les organismes des catégories centre d'action bénévole et maintien à domicile ont été identifiés comme admissibles. Ce financement a permis aux organismes ciblés de recevoir la base reconnue conformément au Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Ces crédits de développement ont été répartis de la façon suivante :

- 59 % du budget a été utilisé, dans un premier temps, pour consolider le financement à la mission globale des 15 centres d'action bénévole de la région reconnus par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Dans un deuxième temps, le solde de ce montant a été réparti aux centres d'action bénévole selon le pourcentage de la population pondérée des territoires de RLS. Enfin, des travaux effectués avec ces organismes permettent d'assurer que 80 % des sommes versées seront utilisées pour des services directs à la population.

- 27 % a été utilisé pour consolider le financement à la mission globale des organismes de proches aidants subventionnés par le PSOC. De plus, pour l'exercice financier 2013-2014, 2 % (15 000 \$) supplémentaire a permis le financement d'un nouvel organisme reconnu en décembre 2012 sur le territoire de Bécancour-Nicolet-Yamaska.
- 12 % du budget a été attribué aux deux organismes de la région qui desservent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin de favoriser le développement du volet Groupe de soutien et répit.

Au plus tard le 30 juin 2014, les organismes communautaires doivent témoigner de l'impact de ce financement sur la consolidation des services et du nombre de personnes qui ont pu en bénéficier lors de leur reddition de comptes annuelle au PSOC.

Personnes âgées évaluées ou réévaluées, soutien à domicile et réseau intégré de services

Au 31 mars 2014, 80 % des usagers du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) inscrits au service de soutien à domicile ont une évaluation OÉMC à jour. Ce pourcentage représente 8 166 usagers évalués sur 10 175 usagers actifs. Par ailleurs, 93 % ont un profil Iso-SMAF connu.

Le nombre d'intervenants qui assument des fonctions de gestion de cas a augmenté de 10 équivalents à temps complet (ETC) en 2013-2014. Tous les CSSS ont procédé à l'embauche du personnel en lien avec les crédits de développement octroyés. Cet ajout de personnel dédié permet de consolider cette fonction et surtout d'accompagner de nouveaux usagers. On retrouve actuellement 110 intervenants qui assument des fonctions en gestion de cas.

Le programme régional de formation en gestion de cas a été révisé en 2012 et est dispensé au niveau local. Actuellement, 98 % des intervenants sont formés en gestion de cas.

Le rapport sur la mise en place des réseaux de services intégrés correspond à la grille OSIRSIPA (outil de suivi de l'implantation des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées) complétée par les CSSS. Les résultats sont présentés au chapitre 4.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Régionalement, la planification des 6 composantes est réalisée dans la majorité des CSSS et l'implantation des différentes composantes se déroule bien.

La majorité des CSSS ont implanté les deux premières composantes, soit le soutien à l'implantation et la gouvernance clinique.

L'ensemble des établissements a débuté le programme de formation de la composante 3. Toutefois, le degré d'implantation varie d'un établissement à l'autre. Rappelons que cette composante compte 28 sous-catégories nécessaires à sa réalisation.

L'amélioration des outils de reddition de comptes permettra aux établissements de faire état de façon plus précise de l'avancement de l'implantation des différentes composantes.

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014

Afin d'accroître le nombre de jeunes du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ) bénéficiant du Programme de qualification des jeunes (PQJ), et par le fait même, l'insertion de ces jeunes sur le marché de l'emploi, le CJMCQ a reçu un montant de 162 085 \$ pour l'année 2013-2014. Cette somme a permis à une cinquantaine de jeunes de participer au PQJ afin de les soutenir dans leur parcours de formation et faciliter leur passage vers l'autonomie.

De plus, un montant de 72 107 \$ a été alloué au CJMCQ pour l'année 2013-2014 afin que l'équipe multidisciplinaire de deuxième niveau en santé mentale soit maintenue. Cette mesure a permis de soutenir les intervenants et de dépister les jeunes suivis par le CJMCQ qui présentent des problèmes de santé mentale ou à risque de suicide.

Une somme de 78 375 \$ a également été attribuée au Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec afin de mettre en œuvre une offre de services en dépendance pour les jeunes du CJMCQ. Enfin, 105 000 \$ ont été octroyés à Domrémy pour implanter un programme d'intervention familiale s'adressant aux enfants de 6-12 ans qui vivent avec un ou des parents qui présentent une dépendance.

Noms : Julie Massicotte, services communautaires
 Suzie Leblanc, évaluation réseau intégré de services
 Jean-François Lupien, approche adaptée aux âgés
 Julie Desaulniers, stratégie d'action jeunesse

Date : 12 mai 2014
 23 mai 2014
 6 mai 2014
 1^{er} mai 2014

DIRECTION GÉNÉRALE

SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Priorité	Résultats 2013-2014	État d'avancement des travaux
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail Le faire approuver par le SMA de la DGSSMU Mise à jour du plan de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
Imagerie médicale	N/A	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services aux jeunes	N/A	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services aux adultes	N/A	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services tertiaires	N/A	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
Accès au service de première ligne	N/A	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation

Commentaires

Pour les priorités où il est inscrit « N/A », aucune reddition de comptes n'est attendue au MSSS. L'accessibilité aux services nécessite des travaux continus.

Imagerie médicale

En imagerie médicale, 77 % des demandes de services sont en attente de moins de trois mois, l'objectif est de 90 %. Ces résultats comprennent l'ensemble des examens d'imagerie médicale (radiographie, échographie, imagerie par résonance magnétique, tomодensitométrie, mammographie, etc.). Plusieurs actions ont été conduites en cours d'année.

dont l'augmentation de la capacité, la révision de l'organisation du travail ainsi que l'épuration des listes d'attente. Ces actions ont permis une réduction du nombre de demandes en attente. Des efforts ont été investis dans les secteurs plus problématiques, notamment en imagerie par résonance magnétique, en tomодensitométrie et en échographie.

Accès aux services de santé mentale – Services aux jeunes

Pour l'année 2013-2014, on compte 28,2 équivalents à temps complet (ETC) dans les équipes santé mentale jeunesse 1^{re} ligne. Cela correspond à un ratio de 5,6 ETC/100 000 habitants, soit 93,3 % du requis de services. La situation est similaire au niveau des services de santé mentale jeunesse 2^e ligne. En effet, au 31 mars 2014, on retrouve 17,12 ETC, soit l'équivalent de 3,4 ETC/100 000 habitants pour atteindre 75,56 % du requis.

Noms : Parmélie Demers, Imagerie médicale
Julie Desautels, santé mentale – jeunes

Date : 8 mai 2014

AXE D'INTERVENTION		SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS
Objectifs de résultats	2.1.2.	Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
	2.1.3.	Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs		Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.09.25	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	1 nouveau GMF a été accrédité et un projet est en cours (22) 1 projet de clinique réseau est en cours	23	22
1.09.27	Population inscrite auprès d'un médecin de famille	Non suivi en 2012-2013	73	76,2 %
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	15 IPS 5 candidates IPS	24	20 2 candidates

Commentaires

Groupe de médecine familiale (GMF)

Le projet de création du 23^e GMF a été converti en site satellite d'un GMF déjà existant (GMF-UMF de Trois-Rivières/ Polyclinique du Cap) dû au nombre insuffisant d'inscriptions et de médecins pour la couverture complète en heures défavorables.

Le projet de clinique réseau qui était en cours sur le territoire du CSSS de l'Énergie en 2012-2013 est présentement interrompu puisque les médecins du territoire doivent d'abord consolider l'offre de services des GMF (ouverture en heures défavorables) avant de pouvoir s'engager pour la clinique réseau. Deux autres modèles de clinique réseau sont toujours fonctionnels sur les territoires de Victoriaville et Drummondville.

Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) titularisées et offrant des services de première ligne

Au 31 mars 2014, en plus des IPS titularisées, quelques postes étaient vacants en raison de la diminution des admissions à l'université, mais aussi des difficultés d'attraction régionale. L'offre de stage sera revue en 2014-2015.

Noms : Kim Skorupski, GMF
Ginette Chénard, IPS

Date : 22 avril 2014
13 mai 2014

¹ Résultats en date du 31 mars 2013

² Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION

SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Objectifs de résultats

2.1.4. Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux			
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	92,9 %	90 %	92,9 %

Commentaires

La mention « N/A » indique que l'indicateur s'applique au MSSS.

Le service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux est fonctionnel depuis quelques années en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Lors d'achalandage plus important au service téléphonique du volet Info-Social, il a été décidé régionalement de mettre en place une bascule vers le volet Info-Santé. Ce modèle permet ainsi une réponse rapide par une infirmière lorsque tous les intervenants psychosociaux sont déjà en ligne. Selon les besoins de l'appelant et le niveau d'urgence de la situation, trois types d'action se font par l'infirmière :

- un rappel est effectué par l'intervenant social dès que possible;
- un intervenant social prend l'appel immédiatement (= ligne rouge =);
- l'appel téléphonique est relayé à un centre de prévention du suicide pour les crises suicidaires aiguës.

Ce mode de fonctionnement est toujours existant aujourd'hui, ce qui nous permet d'assurer une réponse en moins de quatre minutes et de dépasser la cible ministérielle de 90 %.

Nom : Céline LeBlond

Date : 8 mai 2014

¹Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

²Résultats de la période 12 en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE
	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.08.09 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	4 905³ Jeunes : 1 396 Adultes : 3 461	5 640	5 394⁴ Jeunes : 1 463 Adultes : 3 883
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	245	320	259

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	495	622	460
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	420	477	467

Commentaires

Services de santé mentale de première ligne (évaluation et traitement)

Bien que l'engagement régional n'ait pu être atteint, 10 % plus de personnes ont été rejointes cette année par les CSSS. Cette amélioration par rapport à 2012-2013 s'est produite tant pour la clientèle jeunesse que celle adulte.

En ce qui a trait aux jeunes, la région a rejoint 1 463 jeunes en 2013-2014, alors que 1 396 jeunes avaient reçu des services de santé mentale 1^{re} ligne en 2012-2013.

Au niveau des adultes, on constate une augmentation de 12,2 % du nombre de personnes différentes rejointes par l'équipe santé mentale de 1^{re} ligne, passant de 3 461 à 3 883. Malgré l'ajout de 13 ETC supplémentaires en 2012-2013, le recrutement et la rétention du personnel demeure un enjeu important qui explique, entre autres, la difficulté à atteindre l'engagement 2013-2014. Les mesures prioritaires dans le cadre de référence des services de 1^{re} ligne devraient, à moyen terme, en favoriser l'accessibilité.

Suivi intensif dans le milieu (SIM) et soutien d'intensité variable (SIV) pour les personnes de 18 ans et plus

Cette année encore, les établissements font face à des difficultés de recrutement et de rétention du personnel en place. Le remplacement des absences de courte durée pour des intervenants plus spécialisés dans ces programmes est particulièrement difficile.

Des travaux ont été amorcés à l'automne 2013 avec les gestionnaires responsables des services SIM et SIV afin de préciser les arrimages et les liens entre les équipes sur le terrain. Ces travaux vont se poursuivre pendant l'année 2014-2015 et seront étroitement suivis par l'Agence.

De plus, de nouveaux conseillers cliniques sont arrivés au sein des équipes-SIM parallèlement à la réalisation d'une réflexion sur l'organisation et l'orientation de ce programme. Des ajustements sont en cours d'implantation et devraient amener des améliorations en 2014-2015.

Services de première ligne en toxicomanie et jeu pathologique

Le résultat atteint est inférieur à l'engagement établi (477 personnes) en raison de difficultés de recrutement et de rétention de personnel rencontrées pour trois établissements. Les résultats pour l'année 2013-2014 (447) représentent toutefois une augmentation de 6 % du nombre d'utilisateurs rejoints comparativement à l'année 2012-2013, alors que 420 usagers avaient reçu des services en dépendance de première ligne des CSSS.

Le CSSS Drummond en collaboration avec Domrémy ont élaboré et implanté un nouveau programme d'intervention précoce nommé « Vire au vert » sur le territoire de Drummondville. Ce programme est inspiré du programme jeunesse utilisé par le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy. Il s'adresse aux adolescents et adolescentes présentant une consommation de substances psychoactives préoccupante et vise à réduire le risque d'apparition d'un problème de consommation plus sévère. « Vire au vert » permettra de rejoindre davantage de jeunes et d'améliorer les services d'intervention précoce offerts dans la région. De plus, le programme sera implanté sur le territoire du CSSS Trois-Rivières durant l'année 2014-2015.

Nom : Julie Desautniers et Véronique Arès, 1^{re} ligne
Guy Godin, SIM et SIV
Guylaine Fafard, 1^{re} ligne en dépendance

Date : 8 mai 2014
14 mai 2014
1^{er} mai 2014

¹Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

²Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

³Ce résultat inclut le facteur de correction de 48 usagers.

⁴Ce résultat inclut le facteur de correction de 48 usagers.

AXE D'INTERVENTION	RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS
Objectifs de résultats	2.3.1. Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	71,1 %	62,5 %	75,9 %

Commentaires
<p>Au 31 mars 2014, le degré moyen d'implantation du RSIPA au niveau régional est de 76 % comparativement à 71 % en 2013.</p> <p>Au niveau régional, six des neuf composantes du RSIPA se situent à plus de 70 % d'implantation : mécanisme de coordination, personne responsable, équipe de gériatrie, mécanisme d'accès, gestion de cas et système d'évaluation des besoins.</p> <p>La composante « système d'évaluation des besoins » a connu la plus grande augmentation passant de 75 % en 2012-2013 à 86 % en 2013-2014. Tandis que la composante « gestion de cas », celle-ci est passée de 79 % en 2012-2013 à 86 % en 2013-2014.</p> <p>En 2013-2014, 7 CSSS ont atteint ou dépassé la cible globale de 70 % et 1 CSSS est au-dessus de 62,5%.</p>

Deux composantes ont été priorisées au niveau provincial : l'évaluation des besoins et la planification des services. L'Agence a coordonné les activités entourant le déploiement du système de soutien à l'autonomie : le suivi des usagers évalués et la diffusion du programme de formation nationale sur le module PSIAS (plan de services individualisé et d'allocation de services).

Nom : Suzie Leblanc

Date : 23 mai 2014

¹ Résultats en date du 29 mai 2013

² Résultats en date du 23 mai 2014

AXE D'INTERVENTION	SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE
Objectifs de résultats	2.4.2. Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.03.05.01 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	793 498	783 669 engagement révisé à 855 079	872 168

Commentaires

Le résultat des heures de services de soutien à domicile longue durée 2013-2014 est de 872 168 heures pour les trois programmes suivants : *Soutien aux aînés en perte d'autonomie (SAPA)*, *Déficience physique* et *Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement*. Ce résultat représente une augmentation de 46 % des heures depuis 2009-2010.

L'ajout des crédits de développement en SAPA a permis de dépasser le résultat attendu de 52 227 heures supplémentaires, portant le total à 490 043 heures pour cette seule clientèle. Depuis 2009-2010, en Mauricie et au Centre-du-Québec, les heures de services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA) ont plus que doublé (augmentation de 130 %). Ces résultats témoignent de l'intensification des heures services, plus particulièrement au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ).

De plus, on estime à 304 261 heures les services de répit offerts sur une base hebdomadaire à 1 418 proches aidants de personnes âgées qui requièrent une présence surveillance.

Nom : Suzie Leblanc

Date : 14 mai 2014

¹ Résultats en date du 7 mai 2013 provenant de T-Big-Web

² Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION		SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION
Objectifs de résultats	3.1.1.	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR – pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2.	Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ¹ 2013-2014
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	73,9 %	90 %	92,9 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,6 %	90 %	92,9 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	93,6 %	90 %	95,0 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80,6 %	88 %	82,0 %

Commentaires
<p>Déficience physique et Déficience intellectuelle – Trouble envahissant du développement</p> <p>La cible régionale des demandes traitées dans les délais prescrits pour les différents niveaux de priorité est de 90 %. Au terme de l'année financière 2013-2014, en Mauricie et au Centre-du-Québec, la cible de 90 % est atteinte pour tous les niveaux de priorité établis par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Ces résultats s'expliquent principalement de deux façons :</p>

Premièrement, tous les établissements de notre région, tant en 1^{re} ligne qu'en 2^e ligne, ont été très proactifs au cours des dernières années afin de mettre en place les mécanismes nécessaires pour faciliter l'accès à leurs services et optimiser leur processus de réception, d'analyse, d'orientation et de codification des nouvelles demandes de services pour les personnes ayant une déficience. Force est de constater que l'ensemble des travaux mis de l'avant dans chaque territoire ont porté fruit lorsqu'on analyse la progression des taux de respect, surtout pour les demandes de niveau de priorité urgente.

Deuxièmement, mentionnons que depuis le début de l'implantation du plan d'accès dans notre région, les gestionnaires de l'accès au niveau local soulevaient régulièrement des préoccupations quant à la fiabilité de leurs données puisqu'ils observaient une absence de concordance entre la réalité clinique et le reflet statistique présenté dans GESTRED. L'arrivée de la nouvelle requête de la RAMQ, rendue disponible à la fin de chaque période, est venue grandement soutenir les gestionnaires d'accès locaux dans la validation de leurs données en leur permettant d'identifier les dossiers figurant hors délais et d'apporter les corrections nécessaires aux codifications erronées.

Par ailleurs, il est important de souligner que les demandes de niveau de priorité modérée ouvertes et mal codifiées en 2012-2013 ne peuvent être corrigées. Ainsi, au terme de l'année financière 2013-2014, ces demandes apparaissent encore comme ayant été traitées hors délais dans les résultats GESTRED. Cette situation a un impact sur la cible atteinte pour ce niveau de priorité dans notre région.

Dépendances

Les résultats ne sont pas atteints selon l'engagement régional 2013-2014. Ils dépassent cependant la cible du MSSS prévue en 2015 et fixée à 80 % des personnes évaluées dans un délai de 15 jours.

Nom : Kim Lizotte, déficiences
Guytane Fafard, dépendances

Date : 29 avril 2014
1^{er} mai 2014

Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	MÉDECINE ET CHIRURGIE
Objectifs de résultats	3.1.3. Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4. Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5. Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	Résultats ^a 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ^a 2013-2014
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	96,9 %	90 %	94,5 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	92,6 %	90 %	92,8 %

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	94,0 %	90 %	95,8 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	93,0 %	90 %	94,1 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	97,7 %	90 %	97,9 %
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,9 %	90 %	99,8 %
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	79,2 %	80 %	78,4 %

Commentaires

Note : Les indicateurs portant sur l'hémodynamie, la chirurgie cardiaque et l'électrophysiologie ne s'appliquent pas à la Mauricie et au Centre-du-Québec puisque ces services n'y sont pas offerts (indicateurs 1.09.08 A-B, 1.09.09 A-B et 1.09.10 A-B). Par conséquent, ils ont été retirés de la présente fiche de reddition de comptes.

Chirurgies

Les engagements régionaux sont respectés pour le pourcentage des patients traités dans un délai de six mois, et ce, pour l'ensemble des chirurgies. De façon plus spécifique, tout comme l'année précédente un seul établissement de la région a connu des difficultés pour l'atteinte des cibles fixées, notamment pour les arthroplasties de la hanche et les chirurgies de la cataracte. Toutefois, la situation s'est améliorée par rapport à 2012-2013 grâce à la mise en place du plan d'action découlant du rapport d'évaluation de processus émis par l'équipe d'accès du Ministère.

Radio-oncologie et chirurgie oncologique

L'engagement en lien avec l'indicateur 1.09.07 en radio-oncologie est respecté avec un résultat prévu tout près de 100 % des personnes en attente de services.

Le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours est légèrement en bas de la cible. Puisque cette dernière sera rehaussée à 90 %, au lieu de 80 %, en 2014-2015, une attention particulière devra être apportée.

Noms : Parmelle Demers, chirurgies
Veronique Laquerre Côté, oncologie

Date : 17 avril 2014
28 avril 2014

¹ Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

² Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	URGENCES
Objectifs de résultats	<p>3.1.6. Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière</p> <p>* Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif</p>

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	18,1 %	15 %	14,9 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	3,6 %	1 %	1,8 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	14,4 heures	12 heures	12,8 heures

Commentaires

Plusieurs actions ont permis d'atteindre régionalement ces résultats, marquant une nette amélioration depuis 2012-2013 :

- Meilleure prise en charge en première ligne;
- Augmentation du nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille;
- Amélioration de l'accès en heures défavorables pour les patients inscrits dans un groupe de médecine familiale;
- Plans de désencombrement fonctionnels et mis en œuvre lorsque requis;
- L'approche adaptée aux personnes âgées a permis aux établissements de mettre en place des mécanismes afin de prendre en charge plus rapidement les personnes âgées;
- Mécanisme de communication et de concertation efficace mis en place entre l'Agence et les CSSS.

Nom : Jean-François Lupien

Date : 12 mai 2014

¹ Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

² Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION	CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
Objectifs de résultats	4.1.3. Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	Résultats 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ¹ 2013-2014
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i>	80 % ²	80 %	100 %
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	Données non disponibles	100 %	100 %
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Données non disponibles	100 %	100 %

Commentaires
Il est essentiel de souligner que ces excellents résultats reflètent le travail d'équipe à tous les niveaux dans les établissements, ainsi que le travail de vigilance et de persévérance exigé par le contrôle des infections nosocomiales.
Nom : Linda Swift et Danièle Samson
Date : 28 mai 2014

¹ Résultats en date du 8 mai 2014 extraits du système d'information SPIN

² Résultat en date du 2 mai 2013

AXE D'INTERVENTION	DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU
Objectifs de résultats	5.1.3. Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4. Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail

Objectifs de résultats	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail	Partiellement réalisé	100 %	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,44 %	4,65 %	4,87 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,51 %	2,9 %	3,26 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,37 %	0,71 %	0,39 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,19 %	0,12 %	0,24 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,09 %	0,11 %	0,23 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 %	0 %	0,00 %

Commentaires

Heures supplémentaires travaillées et main-d'œuvre indépendante (M.O.I)

L'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante vise à contrer l'écart négatif entre la disponibilité de main-d'œuvre et les besoins des établissements. Les titres d'emploi pour lesquels les résultats ne sont pas atteints posent particulièrement des défis au niveau des remplacements (ex. : vacances, absences de courte durée).

Plusieurs projets d'organisation du travail ont débuté dans la dernière année et sont en cours dans les établissements dont les résultats devraient influencer positivement le temps supplémentaire et le recours à la main-d'œuvre indépendante dans la prochaine année.

Ces projets s'ajoutent aux actions déjà réalisées dans les dernières années. Malgré les cibles régionales non atteintes pour les heures supplémentaires des infirmières et de l'ensemble du réseau (3.05.01 et 3.05.02), ainsi que la main-d'œuvre indépendante pour des infirmières auxiliaires et pour des préposés aux bénéficiaires (3.06.02 et 3.06.03), la majorité des établissements ont atteint leur cible.

Nom : Isabelle Rioux, temps supplémentaire et M.O.I

Date : 6 mai 2014

¹ Résultats de la période 13 en date du 17 mai 2013 provenant de T-Big-Web

² Résultats en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

AXE D'INTERVENTION		RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL
Objectifs de résultats	5.2.1	Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2	Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	Résultats ¹ 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats ² 2013-2014
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 % ²	100 %	83,3 % (10 sur 12)
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	En cours de réalisation	33 % (4 sur 12)	17 % (2 sur 12)
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,10 %	5,13 %	6,15 % ⁴
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	Partiellement réalisé	87 %	87 %

Commentaires

Agrément sur la mobilisation des ressources humaines

Au cours de la dernière année, six (6) établissements ont renouvelé leur agrément. Cette démarche comprend un sondage permettant d'apprécier la mobilisation du personnel.

Sur les six (6) établissements concernés, un seul n'a pas obtenu le volet de la mobilisation du personnel. Pour maintenir son agrément, cet établissement doit reprendre le sondage au cours de l'été 2014. Ce nouveau sondage permettra de vérifier si les mesures prises au cours des derniers mois ont permis d'améliorer la mobilisation du personnel.

En considérant les démarches d'agrément réalisées depuis 2010-2011, dix (10) des douze (12) établissements de la région ont réussi le volet sur la mobilisation du personnel, soit 83,3 %. À ce sujet, soulignons que le CSSS de Trois-Rivières était nouvellement fusionné avec le CHRTR lors de la démarche d'agrément réalisé en 2011. Comme les démarches d'agrément des deux établissements étaient déjà entreprises au moment de la fusion, ils ont alors réalisé deux démarches distinctes. Le CSSS de Trois-Rivières, soumis au programme du Conseil québécois d'agrément, a obtenu le volet sur la mobilisation du personnel. Le programme Qmentum d'agrément Canada pour le CHRTR comprend uniquement un sondage sur la qualité de vie au travail, lequel mesure des dimensions différentes. Dans ce contexte, les résultats du CHRTR ne sont donc pas applicables.

Accréditation par un programme visant l'amélioration du climat de travail

Deux établissements ont été accrédités. Les dix (10) autres de la région ont entamé leur démarche de façon significative. Parmi ceux-ci, sept (7) prévoient être accrédités d'ici le 31 mars 2015.

Assurance salaire

Le tiers des établissements de la région demandent un suivi particulier. Plusieurs facteurs contribuent aux variations en assurance salaire.

La communauté de pratiques mise en place au niveau régional a tenu neuf (9) rencontres dans la dernière année. Ce regroupement est composé des responsables du bureau de santé de chaque établissement et de l'Agence. La communauté de pratiques vise principalement à partager les enjeux et les solutions permettant de diminuer le ratio d'assurance salaire dans la région. Tous les établissements ont élaboré leur plan d'action pour améliorer la gestion des dossiers en assurance salaire. Les impacts seront perçus davantage au cours de la prochaine année.

Par ailleurs, si la tendance demeure la même qu'en 2012-2013, selon le rapport sur la gestion des présences au travail, les raisons attribuées aux heures perdues se distribuent presque également entre :

- la santé mentale : en diminution constante depuis 3 ans;
- les troubles musculosquelettiques : en augmentation depuis 3 ans;
- Médecin, chirurgie ou oncologie : relativement stable.

Programme de soutien clinique – Volet préceptorat

Le projet du CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan a été déposé et accepté. Il sera mis en œuvre au cours de l'année 2014-2015.

Noms : Sandra Vachon et Karine Trépanier, agrément	Date : 7 mai 2014
Isabelle Rioux, accréditation et assurance salaire	6 mai 2014
Karine Trépanier, préceptorat	1 ^{er} mai 2014

¹ Résultats en date du 13 mai 2013 provenant de T-Big-Web

² Résultats en date du 31 mars 2014

³ Résultats en date du 31 mars 2013

⁴ Résultat de la période 12 en date du 12 mai 2014 provenant de T-Big-Web

ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

- 2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.
- 2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.
- 2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.
- 2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

- 3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.
- 3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.
- 3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.
- 3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.
- 3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

- 4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.
- 4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.
- 4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- 4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.
- 4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.
- 4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- 4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
- 4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.
- 4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

- 5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.
- 5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.
- 5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.
- 5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.
- 5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
- 5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.
- 5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.
- 5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

- 5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.
- 5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.
- 5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.
- 5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.
- 5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.
- 5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :
 - respecter leurs droits et privilèges;
 - reconnaître leur probité;
 - ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
 - demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.
- 5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.
- 5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.
- 5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

- 5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.
- 5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.
- 5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.
- 5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.
- 5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :

- 5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.
- 5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.
- 5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.
- 5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.
- 5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.
- 5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- 5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.
- 5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

- 5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.
- 5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.
- 5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévue pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.
- 5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.
- 5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

- 5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.
- 5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.
- 5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux fait partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

- 6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.
- 6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.
- 6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délai le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.
- 6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.
- 6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.
- 6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.
- 6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

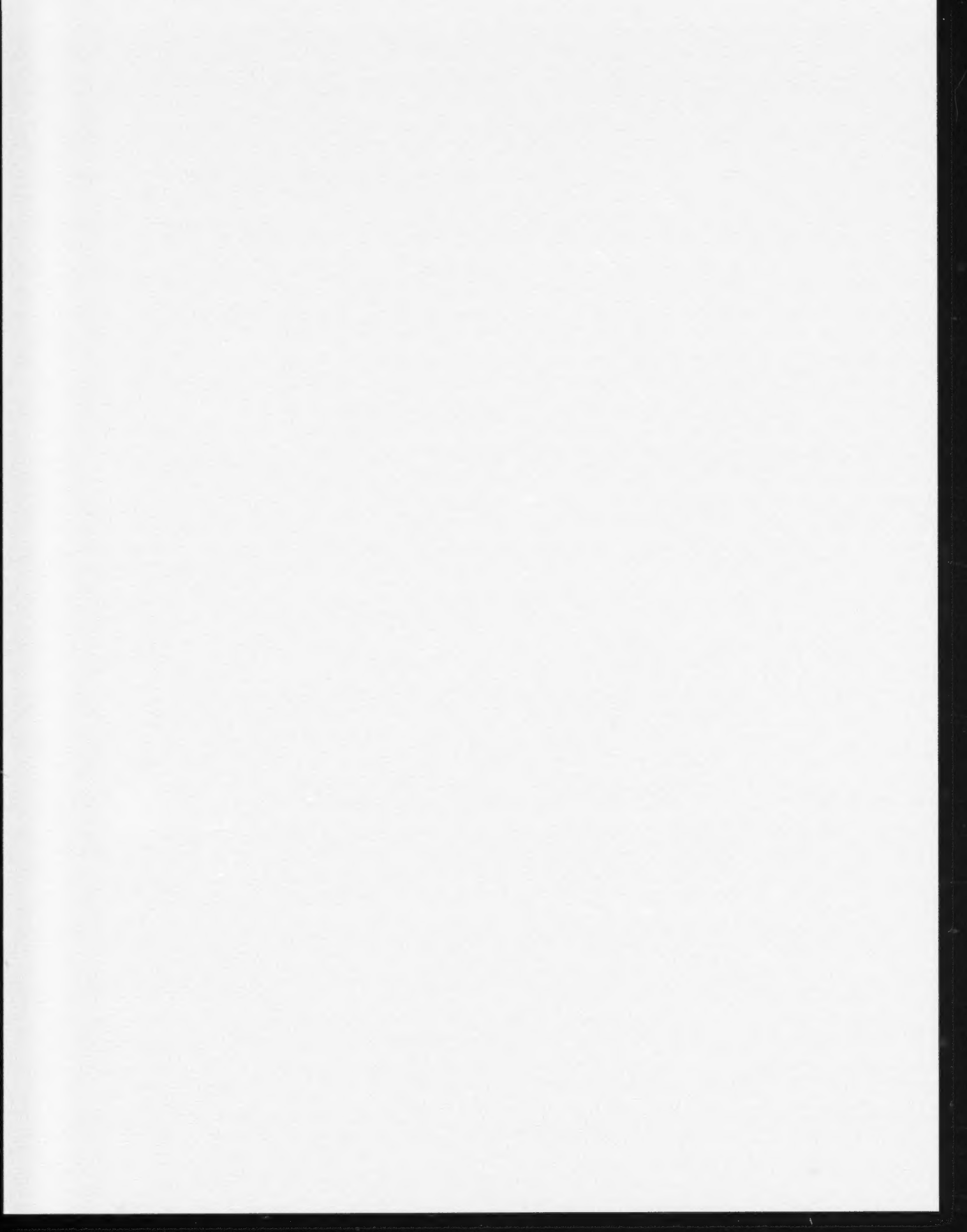
- 8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- 8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.
- 8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - du nombre et de la nature des manquements constatés;
 - des décisions et sanctions imposées;
 - du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

- 9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.
- 9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.
- 9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêt et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.





Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec

CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue St-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencess04.qc.ca